Del 1.º de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura para 2027:

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

Este documento incluye información detallada sobre su cobertura médica y de medicamentos de Medicare desde el 1.º de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro**.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice el documento para comprender los siguientes aspectos:

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

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., **los 7 días de la semana. Esta llamada es sin costo.**

Este plan, Kaiser Permanente Senior Advantage, es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan Inc., Southern California Region (plan de salud). En esta *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*, las palabras “nosotros”, “nos”, “nuestro(a)” o “nuestros(as)” hacen referencia al plan de salud. Cuando se usan las palabras “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage).

Este documento está disponible sin costo en español.

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

Los beneficios, las primas, los deducibles y los copagos o coseguros podrían cambiar el 1.º de enero de 2028.

La lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá una notificación sobre cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

H0524_27ESCALES_C
PBP #: 003, 015, 034, 035, 036, 037, 078, 081, 082 & 083
4383433916_SCAL_ES
OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

KAISER PERMANENTE®

Índice

CAPÍTULO 1: Introducción para miembros 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage 5

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía 9

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes de 2027 11

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 22

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su expediente de membresía del plan 24

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 25

CAPÍTULO 2: Recursos y números de teléfono 27

SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage 27

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare 32

SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP) 33

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de calidad (QIO) 34

SECCIÓN 5 Seguro Social 35

SECCIÓN 6 Medicaid 36

SECCIÓN 7 Programas de ayuda para pagar medicamentos recetados 37

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB) 39

SECCIÓN 9 Qué ocurre si tiene seguro de grupo u otro seguro médico proporcionado por un empleador 40

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos 41

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 41

SECCIÓN 2 Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de la red de nuestro plan 43

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios en caso de emergencia, desastre o necesidad urgente de atención 49

SECCIÓN 4 Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos 52

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 52

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud 54

SECCIÓN 7 Reglas de titularidad del equipo médico duradero 55

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 57

SECCIÓN 1 Descripción de sus gastos de bolsillo por servicios cubiertos 57

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos incluye sus beneficios y costos médicos 59

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 174

CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener medicamentos de la Parte D 184

SECCIÓN 1 Reglas básicas de la cobertura de la Parte D de nuestro plan 184

SECCIÓN 2 Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan 184

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en la Lista de medicamentos de nuestro plan 189

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 191

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea 192

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año 195

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 198

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 199

SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales 199

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos 201

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 204

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 204

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de nuestro plan 207

SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* se indica en qué etapa de pago está 207

SECCIÓN 4 No hay deducibles para Kaiser Permanente Senior Advantage 209

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial 209

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica 216

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 216

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 219

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos 219

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido ... 222

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí” o “no” 223

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 224

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales 224

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 231

CAPÍTULO 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja informal (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) 233

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda 233

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 233

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema 234

SECCIÓN 4 Lo Esencial sobre Apelaciones y Decisiones de Cobertura 235

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 238

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 247

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de la hospitalización si considera que le darán de alta muy pronto 258

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto 263

SECCIÓN 9 Cómo presentar una apelación de nivel 3, 4 y 5 268

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otros temas 271

CAPÍTULO 10: Cancelación de su membresía en nuestro plan 275

SECCIÓN 1 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 275

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 275

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? ... 278
SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan ... 279
SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan ... 279

CAPÍTULO 11: Avisos legales ... 281
SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación vigente ... 281
SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación ... 281
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare ... 282
SECCIÓN 4 Administración de esta *Evidencia de Cobertura* ... 282
SECCIÓN 5 Solicitudes y Declaraciones ... 282
SECCIÓN 6 Cesión ... 282
SECCIÓN 7 Honorarios y gastos de defensores y abogados ... 282
SECCIÓN 8 Coordinación de beneficios ... 282
SECCIÓN 9 Responsabilidad del empleador ... 283
SECCIÓN 10 *Evidencia de Cobertura* obligatoria para los miembros ... 283
SECCIÓN 11 Responsabilidad de las agencias gubernamentales ... 283
SECCIÓN 12 Exención de responsabilidad de los miembros ... 283
SECCIÓN 13 Renuncia a los derechos ... 283
SECCIÓN 14 Avisos ... 284
SECCIÓN 15 Recuperación de pagos en exceso ... 284
SECCIÓN 16 Responsabilidad civil de terceros ... 284
SECCIÓN 17 Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos ... 285
SECCIÓN 18 Beneficios por responsabilidad civil del empleador o de Workers' Compensation ... 286
SECCIÓN 19 Maternidad subrogada ... 286
SECCIÓN 20 Arbitraje obligatorio ... 286

CAPÍTULO 12: Definiciones ... 292

CAPÍTULO 1: Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Usted es miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage

Sección 1.1 Está inscrito en Kaiser Permanente Senior Advantage, que es una HMO de Medicare

Usted tiene cobertura de Medicare y decidió obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados de Medicare a través de nuestro plan, Kaiser Permanente Senior Advantage. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a proveedores de este plan son diferentes a los de Original Medicare.

Kaiser Permanente Senior Advantage es un Plan Medicare Advantage HMO (HMO es la sigla en inglés de organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y dirigido por una compañía privada.

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

- Kaiser Permanente Senior Advantage Inland Empire (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Inland Empire**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Inland Empire Value (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Inland Empire Value**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Basic Kern (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Kern County Basic**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Enhanced Kern (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Kern County Enhanced**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage LA, Orange Co. (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Los Angeles and Orange Counties**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage LA, Orange Value (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Los Angeles and Orange Counties Value**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage San Diego (HMO), que en este documento se menciona como "**plan San Diego County**".

- Kaiser Permanente Senior Advantage San Diego Value (HMO), que en este documento se menciona como "**plan San Diego County Value**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Ventura (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Ventura County**".
- Kaiser Permanente Senior Advantage Ventura Value (HMO), que en este documento se menciona como "**plan Ventura County Value**".

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

Nota: Consulte el área de servicio geográfica de cada plan incluido en esta *Evidencia de Cobertura* en la sección 2.2 de este capítulo. Para cumplir con los objetivos relacionados con las primas, los costos compartidos, las inscripciones y la cancelación de la afiliación, hay varios planes de Senior Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en la *Evidencia de Cobertura*. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Sección 1.2 Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027* y cualquier aviso que reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones *cláusulas* o *enmiendas*.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Kaiser Permanente Senior Advantage entre el 1.º de enero y el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y los beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2027. También podemos elegir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

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

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas las siguientes condiciones:

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

Sección 2.2 Área de servicio del plan Kaiser Permanente Senior Advantage

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

Planes Inland Empire o Inland Empire Value (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes)

Nuestra área de servicio incluye partes de condados en California, únicamente en estos códigos postales:

- Condado de Riverside: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, y 92877–83.
- Condado de San Bernardino: 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, y 92880.

Planes Kern County Basic o Enhanced (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes)

Nuestra área de servicio incluye partes del condado de Kern en California, únicamente en estos códigos postales: 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, y 93581.

Los planes Los Angeles and Orange Counties o Los Angeles and Orange Counties Value (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes)

Nuestra área de servicio incluye el condado de Orange y el condado de Los Angeles (excepto Catalina Island) en California.

Plan San Diego County o San Diego County Value (para las personas que viven en el área de servicio de este plan)

Nuestra área de servicio incluye estas partes del condado de San Diego en California, únicamente en estos códigos postales: 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, y 92195–99.

Planes Ventura County o Ventura County Value (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes)

Nuestra área de servicio incluye partes del condado de Ventura en California, únicamente en estos códigos postales: 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, y 93252.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para verificar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un periodo de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de Estados Unidos, o no ciudadano elegible

Debe ser ciudadano o nacional de Estados Unidos, o un no ciudadano elegible para poder ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid) nos notificará si usted no es elegible para seguir siendo un miembro por este motivo. Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía

Sección 3.1 Nuestra tarjeta de membresía del plan

Use su tarjeta de membresía siempre que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si tiene una. Tarjeta de membresía del plan de ejemplo:

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

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame inmediatamente a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 *Directorio de proveedores*

En el *Directorio de proveedores* **kp.org/directory** (cambie el idioma a español) se incluye una lista actualizada de nuestros proveedores de la red y de los proveedores de equipo médico duradero. **Los proveedores de la red** son aquellos médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como un pago total.

Usted debe utilizar proveedores de la red para recibir atención y servicios médicos. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar la totalidad de estos servicios. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que es irrazonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Obtenga la lista más reciente de proveedores en nuestro sitio web en **kp.org/directory** (cambie el idioma a español).

Si no tiene un *Directorio de proveedores,* puede pedir una copia (electrónica o en papel) a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). La copia en papel del *Directorio de proveedores* se le enviará por correo en un plazo de 3 días hábiles.

Sección 3.3 *Directorio de farmacias*

En el *Directorio de farmacias* **kp.org/directory** (cambie el idioma a español) se enumeran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptan surtir medicamentos recetados a los miembros del plan. Use el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias fuera de la red de nuestro plan.

Si no tiene un *Directorio de farmacias,* puede pedir una copia a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en **kp.org/directory** (cambie el idioma a español).

Sección 3.4 Lista de medicamentos (lista de medicamentos recetados disponibles)

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027* (también llamada Lista de medicamentos o lista de medicamentos recetados disponibles). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos según el beneficio de la Parte D incluido en nuestro plan. Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare (Medicare Drug Price Negotiation Program) se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se eliminen y se reemplacen como se describe en la sección 6 del capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de nuestro plan.

La Lista de medicamentos también indica si hay alguna regla que restrinja la cobertura de un medicamento.

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, **visite kp.org/seniorrx** (cambie el idioma a español) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Resumen de los costos importantes de 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* *Su prima puede ser mayor o menor que este monto. Consulte la sección 4.1 para conocer los detalles.	• **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $0** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $29** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $0** • **San Diego County Value: $0** • **Ventura County: $0** • **Ventura County Value: $0**
Cantidad máxima de gastos de bolsillo Este es la cantidad máxima que pagará de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Para obtener más detalles, consulte la sección 1 del capítulo 4).	• **Inland Empire: $2,500** • **Inland Empire Value: $4,450** • **Kern County Basic: $3,900** • **Kern County Enhanced: $1,900** • **Los Angeles and Orange Counties: $999** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $2,900** • **San Diego County: $3,400** • **San Diego County Value: $4,450** • **Ventura County: $2,800** • **Ventura County Value: $4,300**

	Sus costos en 2027
Visitas al consultorio de atención primaria	**Usted paga lo siguiente por consulta de atención primaria, según el plan en el que esté inscrito:** • **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $0** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $0** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $0** • **San Diego County Value: $0** • **Ventura County: $0** • **Ventura County Value: $0**
Consultas con un especialista	**Usted paga lo siguiente por consulta de atención especializada, según el plan en el que esté inscrito:** • **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $15** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $0** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $15** • **San Diego County Value: $35** • **Ventura County: $0** • **Ventura County Value: $5**

	Sus costos en 2027
Hospitalizaciones Incluye hospitalizaciones variadas, como rehabilitación de cuidados intensivos y atención a largo plazo. Una hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente al hospital por orden médica y termina el día antes que le den el alta.	**El costo compartido se aplica a cada hospitalización.** **Usted paga lo siguiente por día, del día 1 al 5, según el plan en el que esté inscrito:** • **Inland Empire: $290** • **Inland Empire Value: $390** • **Kern County Basic: $235** • **Kern County Enhanced: $90** • **Los Angeles and Orange Counties: $160** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $350** • **San Diego County: $355** • **San Diego County Value: $465** • **Ventura County: $290** • **Ventura County Value: $390** **A partir de ese momento, usted paga $0 por el resto de su hospitalización cubierta.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al capítulo 6 para obtener detalles, incluido el deducible anual, la cobertura inicial y las etapas de cobertura para catástrofes).	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** • **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $0** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $0** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $0** • **San Diego County Value: $0**

	Sus costos en 2027
	• **Ventura County: $0** • **Ventura County Value: $0** **Costo compartido durante la etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de nivel 1:** • **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $0** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $0** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $0** • **San Diego County Value: $0** • **Ventura County: $0** • **Ventura County Value: $0** **Medicamentos de nivel 2:** • **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $0** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $5** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $5** • **San Diego County Value: $5** • **Ventura County: $5** • **Ventura County Value: $5** **Medicamentos de nivel 3:** • **Inland Empire: $47** • **Inland Empire Value: $47**

	Sus costos en 2027
	• **Kern County Basic: $47** • **Kern County Enhanced: $47** • **Los Angeles and Orange Counties: $47** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $47** • **San Diego County: $47** • **San Diego County Value: $47** • **Ventura County: $47** • **Ventura County Value: $47** **Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de nivel 4:** • **Inland Empire: $100** • **Inland Empire Value: $100** • **Kern County Basic: $100** • **Kern County Enhanced: $100** • **Los Angeles and Orange Counties: $100** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $100** • **San Diego County: $100** • **San Diego County Value: $100** • **Ventura County: $100** • **Ventura County Value: $100** **Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de nivel 5:** • **Inland Empire: 31%** • **Inland Empire Value: 31%**

	Sus costos en 2027
	• **Kern County Basic: 31%** • **Kern County Enhanced: 32%** • **Los Angeles and Orange Counties: 30%** • **Los Angeles and Orange Counties Value: 30%** • **San Diego County: 30%** • **San Diego County Value: 31%** • **Ventura County: 31%** • **Ventura County Value: 31%** **Usted paga como máximo $35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.** **Medicamentos de nivel 6:** • **Inland Empire: $0** • **Inland Empire Value: $0** • **Kern County Basic: $0** • **Kern County Enhanced: $0** • **Los Angeles and Orange Counties: $0** • **Los Angeles and Orange Counties Value: $0** • **San Diego County: $0** • **San Diego County Value: $0** • **Ventura County: $0** • **Ventura County Value: $0** **Etapa de cobertura para catástrofes:** **Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- La prima del plan (Sección 4.1)
- La prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- La prima de beneficios suplementarios opcionales (Sección 4.3)
- La penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- El monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)
- El monto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

Sección 4.1 Prima del plan

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

Nombre del plan	Prima del plan
Plan Inland Empire	**$0**
Plan Inland Empire Value	**$0**
Plan Kern County Basic	**$0**
Plan Kern County Enhanced	**$29**
Plan Los Angeles and Orange Counties	**$0**
Plan Los Angeles and Orange Counties Value	**$0**
Plan San Diego County	**$0**
Plan San Diego County Value	**$0**
Plan Ventura County	**$0**
Plan Ventura County Value	**$0**
Si se inscribió para recibir beneficios suplementarios, también llamados **"beneficios suplementarios opcionales",** pagará una prima mensual adicional por tales beneficios. Para obtener más detalles, consulte la sección 4.3 de este capítulo.	

En determinadas situaciones, la prima del plan podría ser menor

El programa Extra Help asiste a personas con recursos limitados con el pago de sus medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en la sección 7 del capítulo 2. Si usted califica, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya* recibe ayuda de uno de estos programas, **la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no corresponde a su caso**. Le enviamos un documento aparte llamado *Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs* (Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos recetados), también conocida como *Low-Income Subsidy Rider* (Cláusula adicional del plan de subsidio por bajos ingresos) o *LIS Rider* (Cláusula adicional del LIS), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene los anexos, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula adicional del LIS*.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según el nivel de ingresos de cada persona. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y usted 2027*, en la sección llamada *Costos de Medicare de 2027.* Descargue una copia del sitio web de Medicare (**https://es.medicare.gov/medicare-and-you**) o solicite una copia impresa por teléfono al **1-800-633-4227**. Los usuarios de la Línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede pagar una prima por la Parte A si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Prima de beneficios suplementarios opcionales

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

La prima mensual para los beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus) es de **$17**.

Sección 4.4 Penalización por inscripción tardía en la Parte D

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

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

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

- Recibe Extra Help de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- No tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable durante menos de 63 días seguidos.
- Tenía cobertura acreditable para medicamentos por parte de otra fuente (como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud para Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información en una carta o en un boletín de ese plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** La carta o el aviso debe indicar que usted tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos estándar de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos recetados, las clínicas sin costo y los sitios web con descuentos para medicamentos no son una cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Medicare establece el monto de la penalización por inscripción tardía en la Parte D. Funciona así:

- Si estuvo sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más después de que fue elegible para inscribirse en la Parte D, en nuestro plan se contará la cantidad de meses completos en que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior (prima nacional básica del beneficiario). En 2027, el monto de la prima promedio es de $41.33.
- Para calcular su penalización mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de la penalización) por el 1% de la prima nacional básica del beneficiario y luego redondea el resultado a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura de medicamentos recetados de la Parte D u otra cobertura acreditable, su penalización será el 14% de $41.33, lo que equivale a $5.78. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregaría a **la prima mensual del plan de las personas que deban pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D**.

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

- **La penalización puede cambiar todos los años** porque la prima nacional básica del beneficiario puede modificarse cada año.
- **Generalmente deberá seguir pagando la penalización** mensual mientras esté inscrito en un plan con beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años de edad y está inscrito en Medicare, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después de su periodo de inscripción inicial para inscribirse en Medicare por edad.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitarnos una revisión (apelación) de la penalización. La revisión la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no tiene conexión con nosotros. En general, debe solicitar esta revisión dentro **de los 60 días** siguientes a la fecha de la primera carta de aviso de la penalización por inscripción tardía que haya recibido. Sin embargo, si estaba pagando una sanción antes de inscribirse en nuestro plan, por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una revisión de la penalización por inscripción tardía.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, (*Income Related Monthly Adjustment Amount*, IRMAA). El cargo adicional se calcula con el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si el monto excede un monto determinado, pagará el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite **https://es.medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs**.

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

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

Sección 4.6 Monto del Plan de pago de medicamentos recetados de Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar la prima del plan

Puede pagar la prima del plan de cuatro formas.

Opción 1: pago con cheque

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

Kaiser Permanente
P.O. Box 7165
Pasadena, CA 91109-7165

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

Opción 2: puede registrarse para el pago automático mensual

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

Por favor llame a Servicio a los Miembros para configurar el pago por tarjeta de crédito, solicitar el *Formulario de Selección de Pago Automático de Medicare* para configurar una cuenta bancaria de retiro, o si tiene preguntas.

También puede administrar las opciones de pago automático, incluido el registro en este medio de pago en **kp.org/payonline** (en inglés).

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

Puede realizar un pago único, los 7 días de la semana, las 24 horas del día en línea con tarjeta de crédito o débito en **kp.org/payonline** (en inglés) o llamando por teléfono al **1-866-288-6729**. Necesitará la información de la cuenta de Kaiser Permanente que aparece en su factura para hacer un pago.

Opción 4: puede hacer que las primas de nuestro plan se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

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

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

Si no selecciona una opción de pago automático, tendrá la opción de pagar su factura por correo postal, teléfono o en línea. Recibirá una factura por cualquiera de las opciones de pago seleccionadas. Si no quiere recibir una factura impresa, inicie sesión en **kp.org/espanol** para actualizar sus preferencias y escoger la opción de facturas electrónicas. Después de que haya recibido su primera factura, usted puede elegir una opción de pago diferente.

Qué debe hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan

Debemos recibir la prima del plan en nuestra oficina antes del primer día de cobertura del mes.

Si no recibimos el pago en la fecha pago, le enviaremos una notificación para indicarle el monto que adeuda.

Si debe una penalización por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos.

Si tiene problemas para pagar a tiempo su prima, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para ver si podemos referirle a un programa que le ayude con los costos.

Tenemos derecho a cobrar cualquier prima que usted nos deba. Si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 60 días y está inscrito en nuestro paquete de beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus), podemos cancelarlos y no podrá volver a inscribirse para obtener dichos beneficios sino hasta el 15 de octubre para que la cobertura entre en vigor el 1.º de enero.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja formal). Si una emergencia por circunstancias fuera de su control causó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja. En caso de que envíe una queja informal, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Vaya al capítulo 9 para saber cómo presentar una queja informal o llame al **1-800-443-0815** entre las 8 a. m. y las 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de la Línea TTY deben llamar al **711**. Debe presentar la queja informal antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que termine su membresía.

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

No estamos autorizados a modificar el monto de la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le informaremos al respecto en septiembre y la prima nueva entrará en vigor el 1.º de enero.

Si usted se vuelve elegible para Extra Help o pierde la elegibilidad para Extra Help durante el año, la parte de la prima de nuestro plan que debe pagar puede cambiar. Si califica para el programa Extra Help con los costos de cobertura de medicamentos, Extra Help paga parte de la prima mensual de su plan. Si pierde su elegibilidad para recibir el Beneficio Adicional durante el año, deberá comenzar a pagar la prima mensual completa del plan. Obtenga más información sobre Extra Help en la sección 7 del capítulo 2.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado su expediente de membresía del plan

Su expediente de membresía incluye información que usted proporciona en el formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Además, menciona la cobertura específica de su plan, incluido su proveedor de atención médica primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su expediente de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y cuáles son los montos de costo compartido**. Por lo tanto, es muy importante que ayude a mantener esta información siempre actualizada.

Háganos saber si experimenta lo siguiente:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (como de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, de Workers' Compensation [seguro de los trabajadores] o de Medicaid).
- Cualquier reclamo por responsabilidad civil, como reclamos por un accidente de auto.

- Si lo admiten en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona designada como su responsable (su cuidador, por ejemplo).
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No tiene la obligación de informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si algún dato de esta información cambia, háganoslo saber llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con una lista de cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que sepamos que usted tiene. Lea esta información cuidadosamente. Si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si la información no es correcta o si cuenta con alguna otra cobertura que no se encuentre en la lista, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado la identidad de estos) a fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura médica de grupo del empleador), las reglas de Medicare se aplican para decidir si nuestro plan o el otro seguro paga primero. El seguro que paga primero (“pagador primario”) paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga después (“pagador secundario”) solo paga si la cobertura primaria deja costos sin cubrir. Es posible que el pagador secundario no pague los costos sin cubrir. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de algún familiar, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas que trabajan para el empleador y de si usted tiene Medicare con base en su edad, una incapacidad o una insuficiencia renal terminal (*end-stage renal disease*, ESRD):
    - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted (o algún familiar) sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
    - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los 30 meses iniciales 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 (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis
- Workers' Compensation

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

CAPÍTULO 2:
Recursos y números de teléfono

SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Senior Advantage

Si necesita ayuda con un reclamo o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicio a los Miembros de nuestro plan. Le ayudaremos con gusto.

Servicio a los Miembros: información de contacto	
Llamada	**1-800-443-0815** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), también ofrece servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por correo	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte *el Directorio de Proveedores* para obtener ubicaciones).
Sitio web	**kp.org/espanol**

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación, o cómo presentar una queja informal de su atención médica

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

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones, o presentar una queja informal sobre su atención médica, consulte el capítulo 9.

Decisiones de cobertura, apelaciones o quejas informales sobre la atención médica: información de contacto	
Llamada	**1-800-443-0815** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión acelerada, como se describe en el capítulo 9, llame a la Unidad de revisiones aceleradas al **1-888-987-7247**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por fax	Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal califica para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de revisiones aceleradas al **1-888-987-2252**.
Por correo	Por una queja informal o decisión normal sobre la cobertura, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de Proveedores* para obtener ubicaciones). Por una apelación estándar, escriba a la dirección indicada en el aviso de negación que le enviamos. Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja califica para recibir una decisión rápida, escriba a: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja informal sobre nuestro plan directamente a Medicare, vaya a **https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint**.

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

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

Decisiones de cobertura sobre los medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llamada	**1-888-791-7213** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por fax	**1-844-403-1028**
Por correo	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
Sitio web	**kp.org/espanol**

Cómo solicitar una apelación sobre sus medicamentos de la Parte D

Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar apelaciones sobre sus medicamentos de la Parte D, consulte el capítulo 9.

Apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llamada	**1-866-206-2973** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Por fax	**1-866-206-2974**
Por correo	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
Sitio web	**kp.org/espanol**

Cómo presentar una queja informal sobre sus medicamentos de la Parte D

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

Quejas informales sobre los medicamentos de la Parte D: información de contacto	
Llamada	**1-800-443-0815** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su queja informal califica para recibir una decisión acelerada, llame a la Unidad de la Parte D al **1-866-206-2973**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana. Consulte el capítulo 9 para saber si su problema califica para recibir una decisión acelerada.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por fax	Si su queja informal califica para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D **1-866-206-2974**.
Por correo	Por una queja informal normal, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de Proveedores* para obtener ubicaciones). Si su queja informal califica para recibir una decisión acelerada, escriba a: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
Sitio web de Medicare	Para enviar una queja informal sobre nuestro plan directamente a Medicare, vaya a **https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint**.

Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (tal como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, es posible que necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el capítulo 7 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago: información de contacto	
Llamada	**1-800-443-0815** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al **1-866-206-2973**. De 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por correo	Para atención médica, escriba a: Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 Para los medicamentos de la Parte D, escriba a: Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor de la red, puede enviar por fax su solicitud al **1-866-206-2974** o enviarnos un correo a: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
Sitio web	**kp.org/espanol**

SECCIÓN 2 Cómo obtener ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguro para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto	
Llamada	**1-800-633-4227** Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
LÍNEA 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 son sin costo.
Chat en vivo	Chatee en vivo en **https://es.medicare.gov/talk-to-someone**.
Por correo	Escriba a Medicare a la siguiente dirección: P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
Sitio web	**https://es.medicare.gov/** • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluidos sus costos y los servicios que brindan. • Encuentre médicos participantes de Medicare u otros proveedores y distribuidores de atención médica. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, vacunas o inyecciones y visitas anuales de “bienestar”). • Obtenga información y formularios de apelación de Medicare. • Obtenga información sobre la calidad de la atención brindada por planes, centros de adultos mayores y personas con discapacidad, hospitales, médicos, agencias de atención médica domiciliaria, centros de diálisis, centros de cuidados paliativos, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo.

Medicare: información de contacto	
	• Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede visitar **es.medicare.gov** para informar a Medicare sobre cualquier queja informal que tenga sobre nuestro plan. **Para enviar una queja informal a Medicare,** diríjase a **https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint**. Medicare trata las quejas con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad de su programa.

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

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece, sin costo, ayuda, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En California, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

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

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

Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (SHIP de California): información de contacto	
Llamada	**1-800-434-0222**
LÍNEA TTY	**711**
Por correo	La oficina de HICAP de su condado
Sitio web	**www.aging.ca.gov/HICAP/** (en inglés)

SECCIÓN 4 Organización para el mejoramiento de calidad (QIO)

Una Organización para el mejoramiento de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada atiende a personas con Medicare en cada estado. En California, la Organización para el mejoramiento de la calidad es Commence Health. Commence Health tiene un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica a los que Medicare les paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Commence Health es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Commence Health en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de preocupaciones relacionadas con la calidad de la atención incluyen recibir medicamentos equivocados, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de la atención médica domiciliaria, los cuidados en un centro de enfermería especializada o los servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) terminan demasiado pronto.

Commence Health (organización para el mejoramiento de calidad de California): información de contacto	
Llamada	**1-877-588-1123** Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., fines de semana y días festivos, de 10 a. m. a 4 p. m.
LÍNEA TTY	**711**
Por correo	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
Sitio web	**https://www.livantaqio.cms.gov/en**

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

Si cambia de domicilio o de dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informárselo.

Seguro Social: información de contacto	
Llamada	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número no tienen costo. El horario es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Use los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día para escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
LÍNEA 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 es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio web	**SSA.gov**

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que brinda ayuda financiera para costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. Ciertas personas con Medicare también son elegibles para unirse a Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como sus primas. Estos **programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Programa para beneficiarios calificados de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, además de otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegible para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Programa para beneficiarios de Medicare de bajos ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+]).
- **Programa para individuos calificados (Qualified Individual, QI):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Programa para individuos incapacitados y empleados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los programas de ahorros de Medicaid y Medicare, comuníquese con Medi-Cal.

Medi-Cal (programa de Medicaid de California): información de contacto	
Llamada	**1-800-430-4263** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.
LÍNEA TTY	**1-800-430-7077** Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
Por correo	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
Sitio web	**www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/**

SECCIÓN 7 Programas de ayuda para pagar medicamentos recetados

El sitio web de Medicare (**https://es.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs**) incluye información sobre las maneras de disminuir los costos de sus medicamentos recetados. Los programas a continuación están destinados a personas con bajos ingresos.

Extra Help de Medicare

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

Si usted califica automáticamente para participar en el programa Extra Help, Medicare le enviará una carta morada para notificárselo. Si no califica automáticamente, puede presentar su solicitud en cualquier momento. Para saber si califica para obtener Extra Help, haga lo siguiente:

- Visite **https://secure.ssa.gov/i1020/startEs** para presentar su solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

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

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

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

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

- Escriba a Kaiser Permanente:

  California Service Center
  Attn: Best Available Evidence
  P.O. Box 232400
  San Diego, CA 92193-2400

- Envíela por fax al **1-877-528-8579**.
- Llévela a una farmacia de la red o a la oficina local de Servicio a los Miembros en un centro de la red.
- Cuando recibamos la evidencia que contenga el nivel de copago correcto, actualizaremos el sistema para que pueda pagar el monto que corresponde la próxima vez que surta su receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea mediante cheque o con un crédito de copago futuro. Si la farmacia no cobró su copago y usted tiene una deuda con ellos, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

¿Qué ocurre si tiene Extra Help y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

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

Nota: A fin de ser elegibles para el ADAP de su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos (conforme a la definición del estado) y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Centro de Llamadas de ADAP al **1-844-421-7050** de 8 a. m. a 5 p. m (excepto días festivos).

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare es una opción de pago que funciona junto a su cobertura de medicamentos actual con el fin de ayudarle a administrar sus gastos de bolsillo de medicamentos cubiertos por nuestro plan dividiendo los gastos a lo largo **del año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (tal como el plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Aunque esta opción de pago le ayuda a administrar sus gastos, no le permite ahorrar dinero ni reducir los costos de sus medicamentos. Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027. No necesita enviar una solicitud nueva de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visite **es.medicare.gov**.

Plan de Pago de Medicamentos Recetados de Medicare: información de contacto	
Llamada	**1-800-443-0815** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), también ofrece servicios de interpretación sin costo para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por correo	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte *el Directorio de Proveedores* para obtener ubicaciones).
Sitio web	**kp.org/espanol**

SECCIÓN 8 Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB)

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

Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB): información de contacto	
Llamada	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número no tienen costo. Presione ”0” para hablar con un representante de la RRB, de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles. Presione ”1” para acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
LÍNEA TTY	**1-312-751-4701** Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número tienen costo.
Sitio web	**https://rrb.gov/**

SECCIÓN 9 Qué ocurre si tiene seguro de grupo u otro seguro médico proporcionado por un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) recibe beneficios por parte de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de un grupo de jubilados como parte de este plan, llame al administrador de beneficios sindicales o del empleador o a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar sobre los beneficios de salud, las primas o el periodo de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja doméstica) o de un grupo de jubilados. Puede llamar al **1-800-633-4227** si tiene preguntas sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de la Línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

CAPÍTULO 3: Cómo usar nuestro plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explica lo que necesita saber sobre el uso de nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son aquellos médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como un pago total. Hicimos arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Al usar uno de estos proveedores de la red, debe pagar solo una parte del costo de los servicios que le proporcionan.
- **Los servicios cubiertos** incluyen todo el cuidado médico, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los medicamentos recetados que tienen cobertura de nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos están enumerados en la Tabla de beneficios médicos en el capítulo 4. En el capítulo 5, se describen sus servicios cubiertos de medicamentos recetados.

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

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

Por lo general, cubriremos su atención médica siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- **La atención que recibe está incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan en** el capítulo 4.

- **La atención que recibe se considera necesaria desde el punto de vista médico.** Necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o tratamiento de su afección médica y debe cumplir los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención médica primaria (primary care provider, PCP) de la red que le proporciona atención médica y la supervisa**. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (vaya a la sección 2.1 para obtener más información).
    - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle una aprobación por adelantado (un referido) antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la sección 2.3.
    - No necesita un referido de su PCP para obtener atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. Para obtener información sobre otros tipos de atención que puede recibir sin obtener la aprobación previa de su PCP, vaya a la sección 2.2.
- **"Usted debe obtener atención de un proveedor de la red** (consulte la sección 2). En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tiene que pagarle al proveedor en su totalidad por los servicios que reciba. Existen cuatro excepciones:
    - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios requeridos con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y para ver qué se entiende por servicios de emergencia o requeridos con urgencia, consulte la sección 3.
    - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red con el mismo costo compartido que usted pagaría con proveedor de la red. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si obtuviera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4.
    - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que usted reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare si se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no está disponible o no es posible tener acceso a él temporalmente. Los costos compartidos que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Original Medicare. Si usted se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y recibe diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan,

su costo compartido no puede ser superior al costo compartido que usted paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente, y usted elige obtener servicios dentro de nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido de la diálisis puede ser más alto.

- Si recibe atención de proveedores de la red en otras regiones de Kaiser Permanente descritas en la sección 2.4 de este capítulo.

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

Sección 2.1 Puede escoger un proveedor de atención médica primaria (PCP) que le proporcione atención médica y la supervise

¿Qué es un PCP y qué hace por usted?

Como miembro, puede elegir uno de los proveedores de la red que esté disponible para que sea su proveedor de atención médica primaria. Este proveedor es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria. Por lo general, su PCP ejercerá la medicina general (también llamada medicina interna o para adultos y medicina familiar) y, en algunos casos, la obstetricia o ginecología. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un profesional de enfermería avanzada o un auxiliar médico disponible para que sea su proveedor de atención primaria. En el *Directorio de proveedores* se identifican a los PCP.

Su PCP brinda, receta o autoriza servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención básica o de rutina y le proporcionará una referencia según sea necesario para consultar a otros proveedores de la red y recibir otro tipo de atención que necesite. Por ejemplo, para que usted pueda ver a un especialista, por lo general primero necesita obtener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener una “referencia” para un especialista). Hay algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (vea la sección 2.2 de este capítulo).

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

Cómo elegir o cambiar a su PC

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

Para escoger o cambiar su PCP, llame a nuestro número de selección de médico personal al **1-888-956-1616** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. También puede escoger su PCP en **kp.org/finddoctors** (cambie el idioma a español).

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

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

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

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

- Servicios de rutina para el cuidado de la salud de la mujer, que incluye exámenes de mama, mamografías de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, el COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o fuera de la red
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero que no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias (tal como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare cuando esté temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan. Si es posible, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.

- Segundas opiniones de otro proveedor de la red, excepto para determinados servicios de atención especializada.
- Citas en las siguientes áreas: optometría, abuso de sustancias y psiquiatría.
- Servicios de atención quiropráctica cubiertos por Medicare, siempre que la reciba de un proveedor de la red.
- Atención preventiva, excepto para prueba de detección de aneurisma aórtico, terapia nutricional médica, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia de detección, densitometría y pruebas de laboratorio.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad o parte del cuerpo específica. Existen muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes que tienen ciertos trastornos óseos, musculares o de las articulaciones.

Referidos de su PCP

Por lo general, debe visitar primero a su PCP para atender la mayoría de sus cuestiones de atención médica de rutina. Solo hay pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin contar con la aprobación previa de su PCP, los cuales se describen en la sección 2.2 de este capítulo.

Referidos a proveedores de la red

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

Autorización previa

Para los servicios y los artículos que se enumeran a continuación, su proveedor de la red deberá obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan (esto se denomina obtener "autorización previa"). Solo médicos certificados u otros profesionales de la salud debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Si alguna vez no está de acuerdo con las decisiones de autorización, puede presentar una apelación como se describe en el capítulo 9.

- Servicios y artículos identificados en el capítulo 4 con una nota al pie (†).
- Si el proveedor de la red determina que usted requiere servicios cubiertos que no están disponibles con nuestros proveedores de la red, este hará la recomendación al plan de que usted sea referido a un proveedor fuera de la red, dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada del plan autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se le indica atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener una aprobación adicional de nuestra parte. Hable con su proveedor de la red para saber qué servicios se autorizaron si no está seguro. Si el especialista que no es de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que nos notifiquen que usted necesita atención posterior a la estabilización (postestabilización) por parte de un proveedor fuera de la red tras recibir atención de emergencia, analizaremos su afección con el proveedor fuera de la red. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que dicha atención estaría cubierta si la recibiera de un proveedor de la red, la autorizaremos por parte de un proveedor que no pertenece a la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que los 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.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la sección 6 de este capítulo.
- Equipo médico duradero, suministros para ostomías, urología y cuidado de las heridas. El proceso de autorización previa para el equipo médico duradero, suministros para ostomía, urología o cuidado de las heridas incluye el uso de las guías de la lista de medicamentos disponibles. Un grupo de trabajo clínico y operacional interdisciplinario desarrolló estas guías con la revisión y la opinión de médicos y profesionales médicos de la red con experiencia clínica. Las guías de la lista de medicamentos disponibles en

un hospital se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en las tecnologías y prácticas clínicas. Si su médico de la red le receta uno de los siguientes elementos, deberá enviar un referido escrito a nuestro coordinador de equipo médico duradero del hospital. Si la lista de medicamentos recetados disponibles o la guías de Medicare no especifican que el elemento recetado se apropiado para su afección médica, el referido se enviará a la persona designada del plan.

Plazos de las decisiones de nuestro plan: nuestro plan tomará una decisión sobre la autorización en un plazo apropiado para su afección, antes de los cinco días hábiles después de que reciba toda la información razonablemente necesaria (incluidos los resultados de las pruebas y los exámenes adicionales) para tomar la decisión. Sin embargo, las decisiones sobre los servicios de atención de urgencia deberán tomarse antes de las 72 horas después de haber recibido la información necesaria. Si nuestro plan necesita más tiempo para tomar la decisión porque no dispone de la información razonablemente necesaria, o bien porque solicita una consulta con un especialista en particular, se notificará a usted y a su médico tratante sobre la necesidad de obtener pruebas, información u opiniones especializadas adicionales y la fecha en que se espera que nuestro plan tome una decisión.

Se informará la decisión que se tomó a su médico tratante en un plazo de 24 horas después de tomar la decisión. Si se autorizan los servicios, se explicará a su médico el alcance de los servicios autorizados. Si nuestro plan no autoriza todos los servicios, le enviaremos la decisión y una explicación por escrito en un plazo de dos días hábiles después de tomar la decisión. Usted podrá tener acceso sin costo, previa solicitud, a cualquier criterio por escrito usado para tomar la decisión de aprobar, modificar, demorar o denegar la solicitud de autorización.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red se va de nuestro plan

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, Medicare requiere que usted tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de escoger un nuevo proveedor.
  - Si su proveedor de atención médica primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos 3 años.
  - Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos 3 meses.

- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento médico o terapias con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar continuar recibiendo las terapias o el tratamiento necesarios desde el punto de vista médico. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le brindaremos información sobre los periodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de planes.
- Si un proveedor o beneficio dentro de la red no está disponible o es inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto necesario desde el punto de vista médico fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos de dentro de la red. La persona designada por el Medical Group autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se le indica atención continua. Especifica la duración del referido sin tener que obtener una aprobación adicional de nuestra parte. Hable con su proveedor de la red para saber qué servicios se autorizaron si no está seguro. Si el especialista que no es de la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra la atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a escoger un proveedor nuevo que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que su atención no se administra adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas (consulte el capítulo 9).

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

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

- Servicios de emergencia o de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y ver a qué nos referimos con servicios de emergencia o de urgencia, consulte la sección 3 de este capítulo.
- Nosotros o Medical Group autorizamos las referencias a proveedores que están fuera de la red de acuerdo con lo que se establece en la sección 2.3 de este capítulo.

- Servicios de diálisis renal 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 tal área de servicio. Llame a nuestra línea de atención médica fuera de casa al **1-951-268-3900** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos), o visite nuestro sitio web **kp.org/viajero** para obtener más información sobre cómo recibir atención médica cuando visite el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, incluida la información sobre la cobertura y la ubicación de los centros de atención. **Nota:** Nuestra línea de atención fuera de casa también puede responder preguntas sobre los servicios de atención de urgencia o emergencia cubiertos que recibe fuera de la red, incluido cómo obtener un reembolso.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente no especializada con un conocimiento promedio en salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la pérdida o el deterioro grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, haga lo siguiente:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya al servicio de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación previa ni un referido de su PCP. No necesita utilizar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos.
- **Asegúrese de que se notifique a nuestro plan sobre la emergencia lo antes posible.** Necesitaremos hacer un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, por lo general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

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

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

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

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

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

A veces puede ser difícil saber si tiene 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, una vez que el médico haya dicho que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si la recibe de una de estas dos formas:

- Usted acude con un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- La atención adicional que reciba se considera un servicio de urgencia y usted sigue las reglas a continuación para recibir la atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención en caso de necesitar servicios de urgencia

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

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

Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas acerca de dudas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido programar citas de atención de urgencia para el mismo día siempre que sea aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero consejero las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, consulte en su *Directorio de proveedores* los números de teléfono para citas y consejos.

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

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

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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

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

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

Nuestro plan cubre todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico que figuran en la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que nuestro plan no cubre o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados y que no son servicios urgentes o de emergencia, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficio, usted también paga el costo total de cualquier servicio que obtenga después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de que el beneficio se termine no contará para satisfacer los gastos máximos de bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico)* es la forma en la que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como la eficacia de un nuevo medicamento anticancerígeno. Medicare aprueba determinados estudios de investigación clínica. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, se pide que voluntarios participen en el estudio. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo será responsable del costo compartido de la red por los servicios que reciba en ese ensayo. Si pagó más de lo que debía, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Deberá proporcionar documentación que muestre el monto que pagó.

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

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

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

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

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

- Habitación y comidas 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.
- Tratamiento de los efectos secundarios y de las complicaciones asociados al nuevo tipo de atención.

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

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

Si 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 tuviese cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (TC) mensuales que formen parte de un estudio si el tratamiento de su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.
- Los patrocinadores de la investigación habitualmente proporcionan los artículos y servicios sin cargo a las personas del ensayo.

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre la participación en un estudio de investigación clínica en la publicación de Medicare *Medicare and Clinical Research Studies (Medicare y los estudios de investigación clínica)*, disponible en **https://es.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies**. También puede llamar al **1-800-633-4227**, los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

Sección 6.1 Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

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

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

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud debe firmar un documento legal para indicar que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea **no exceptuado.**

- **Tratamiento o atención médica no exceptuado** se refiere a cualquier tipo de tratamiento o atención médica al que el paciente se somete de forma *voluntaria* y que *no es obligatorio* conforme a ninguna ley local, estatal o federal.

- **El tratamiento médico exceptuado** se refiere al tipo de tratamiento o atención médica al que el paciente se somete de forma involuntaria o que es *obligatorio* conforme a alguna ley federal, estatal o local.

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

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos para la atención hospitalaria de pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
    - Debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que ingrese en el centro de atención, o no se cubrirá su hospitalización.

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

SECCIÓN 7 Reglas de titularidad del equipo médico duradero

Sección 7.1 Algunos equipos médicos duraderos no pasarán a ser de su propiedad después de hacer una determinada cantidad de pagos conforme a nuestro plan

El equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital, todos pedidos por un proveedor para que los miembros los usen en el hogar. Determinados artículos de DME, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. **Como miembro de nuestro plan no obtendrá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan**. No obtendrá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME como parte de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

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

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

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

Ejemplo 2: efectuó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y después se inscribió en nuestro plan. No obtuviste la propiedad del artículo mientras estabas en nuestro plan. Después, volvió a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para poder ser el titular del artículo después de regresar a Original Medicare. Cualquier pago que ya haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuenta.

Sección 7.2 Reglas para equipos de oxígeno, suministros y su mantenimiento

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

- El alquiler de equipos de oxígeno
- El suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- El mantenimiento y los arreglos del equipo de oxígeno

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

¿Qué ocurre si abandona nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare le exige al proveedor del oxígeno que le brinde servicios por 5 años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor brinda el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago correspondiente por el oxígeno). Después de cinco años, puede decidir continuar con la misma compañía o cambiar a otra. En este momento, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar, incluso si continúa con la misma compañía, y se volverá a requerir que pague los copagos por los primeros 36 meses. Si se inscribe a nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Descripción de sus gastos de bolsillo por servicios cubiertos

En la Tabla de beneficios médicos, se enumeran los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios. Además, puede consultar el capítulo 3, el capítulo 11 y el capítulo 12 para obtener información adicional relacionada con la cobertura, incluidas las limitaciones (por ejemplo, la coordinación de beneficios, el equipo médico duradero, la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada y la responsabilidad civil de terceros). En la sección 2.1 de este capítulo, se describen nuestros beneficios suplementarios opcionales.

Sección 1.1 Gastos de bolsillo que podría pagar por los servicios cubiertos

Algunos de los tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos son los siguientes:

- **Copago:** el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos 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 contiene más información sobre los copagos).
- **Coseguro:** el porcentaje que paga del costo total de determinados servicios médicos. Usted paga el coseguro cuando recibe un servicio médico, a menos que no cobremos todo el costo compartido en el momento y le enviemos una factura después (La Tabla de beneficios médicos contiene más información sobre los coseguros).

La mayoría de las personas que son elegibles para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no pagan deducibles, copagos ni coseguros. Si está en alguno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad de Medicaid o QMB.

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

Los planes Medicare Advantage tienen límites en la cantidad total que usted debe pagar de su bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se llama gastos máximos de bolsillo (maximum out-of-pocket, MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario de 2027, los gastos máximos de bolsillo es de:

- **$2,500** para el plan Inland Empire.
- **$4,450** para el plan Inland Empire Value.
- **$3,900** para el plan Kern County Basic.
- **$1,900** para el plan Kern County Enhanced.
- **$999** para el plan Los Angeles and Orange Counties.
- **$2,900** para el plan Los Angeles and Orange Counties Value.
- **$3,400** para el plan San Diego County.
- **$4,450** para el plan San Diego County Value.
- **$2,800** para el plan Ventura County.
- **$4,300** para el plan Ventura County Value.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro la red cuentan para satisfacer este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos de la Parte D no cuentan para sus gastos máximos de bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto de gastos máximos de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco (*) en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto de los gastos máximos de bolsillo de **$2,500** para el plan Inland Empire, **$4,450** para el plan Inland Empire Value, **$3,900** para el plan Kern County Basic, **$1,900** para el plan Kern County Enhanced, **$999** para el plan Los Angeles and Orange Counties, **$2,900** para el plan Los Angeles and Orange Counties Value, **$3,400** para el plan San Diego County, **$4,450** para el plan San Diego County Value, **$2,800** para el plan Ventura County y **$4,300** para el plan Ventura County Value, no tendrá que pagar más gastos de bolsillo durante el resto del año por los servicios de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que Medicaid u otro tercero paguen por usted la prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no pueden facturarle el saldo

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. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales independientes, llamados **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio o si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

La protección contra la facturación de saldos funciona de la siguiente manera:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad establecida de dinero, por ejemplo, $15), solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (esto se especifica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pero que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, tal como cuando obtiene un referido o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
  - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene un referido, para las emergencias o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).
- Si cree que un proveedor realizó una facturación de saldos, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos incluye sus beneficios y costos médicos

En la Tabla de beneficios médicos en las páginas siguientes, se enumeran los servicios que cubrimos y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el capítulo 5). Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las indicaciones de cobertura de Medicare.

- Sus servicios (incluidos atención médica, servicios, suministros, equipos y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios desde el punto de vista médico. Esto último significa que los servicios, los suministros o los medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen las normas aceptadas de la práctica médica.
- Para las nuevas personas inscritas, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un periodo mínimo de transición de 90 días, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para un ciclo de tratamiento activo, incluso si el ciclo de tratamiento fue por un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que su plan o un proveedor de la red le hayan dado un referido. Esto significa que usted paga al proveedor el total de los servicios fuera de la red que recibe.
- Tiene un proveedor de atención primaria (*primary care provider*, PCP) de la red que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación con antelación (un referido) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan.
- Algunos de los servicios que se incluyen en la Tabla de beneficios médicos tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación con antelación (a veces llamada **autorización previa**). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar la sección 2.3 del capítulo 3 para obtener más información sobre las autorizaciones previas, incluidos otros servicios que requieren este tipo de autorización y que no se enumeran en la Tabla de beneficios médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida en la medida en que sea razonable y necesaria desde el punto de vista médico para evitar interrupciones en la atención, según los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, en nuestro plan paga más de lo que pagaría en Original Medicare. Por otros, paga menos. Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2027*. Puede consultarlo en línea en **es.medicare.gov** o solicitar una copia llamando al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**), (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

- Los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago a la atención recibida para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2027, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.

Esta manzana señala los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de Beneficios Médicos

En la Tabla de beneficios médicos a continuación, se describen los beneficios médicos de los siguientes planes de Kaiser Permanente Senior Advantage incluidos en esta *Evidencia de Cobertura*:

- Plan Inland Empire
- Plan Inland Empire Value
- Plan Kern County Basic
- Plan Kern County Enhanced
- Plan Los Angeles and Orange Counties
- Plan Los Angeles and Orange Counties Value
- Plan San Diego County
- Plan San Diego County Value
- Plan Ventura County
- Plan Ventura County Value

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

Nota: Consulte el área de servicio geográfica de cada plan incluido en esta *Evidencia de Cobertura* en la sección 2.2 del capítulo 1. Para cumplir con los objetivos relacionados con las primas, los costos compartidos, las inscripciones y la cancelación de la afiliación, hay varios planes de Senior Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en la *Evidencia de Cobertura*. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Un ultrasonido de detección único para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene un referido de un médico, asistente médico profesional, profesional de enfermería avanzada o un especialista en enfermería clínica.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que son elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda† Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los efectos de este beneficio, el dolor crónico de la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está asociado con una cirugía. • No está asociado con el embarazo. Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Requisitos del proveedor: Los médicos pueden prestar servicios de acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales correspondientes. Los asistentes médicos profesionales (physician assistants, PA), profesionales de enfermería avanzadas (nurse practitioners, NP) o especialista en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) y personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y cuentan con lo siguiente: • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine (Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental, ACAOM); y • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que preste servicios de acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, un PA, un NP o CNS requerido por las regulaciones.	
Acupuntura sin cobertura de Medicare† Los servicios de acupuntura normalmente se proporcionan únicamente como tratamiento para las náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor para el tratamiento de dolor crónico.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, tanto si son para una situación de emergencia como si no es de emergencia, incluyen servicios de ambulancia con avión, en helicóptero y terrestre, hasta el centro de atención médica adecuado más cercano que pueda proporcionar atención, si se ofrecen a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud o si nuestro plan lo autoriza. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es de tal magnitud que otros medios de transporte pueden poner en peligro su salud y que el traslado en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico. También cubrimos los servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte mediante el sistema de respuesta a emergencias del 911 donde esté disponible) si cree razonablemente que tiene una emergencia médica y que su condición necesita la asistencia clínica de los servicios de transporte en ambulancia.	Usted paga **$350** por viaje de ida o vuelta.
Examen físico de rutina anual Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si son de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a esta atención preventiva.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, tiene derecho a una visita anual de bienestar 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**: Su primera visita anual para el bienestar no se puede realizar durante los 12 meses después de su consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de *Bienvenida a Medicare* para que se cubran sus visitas anuales para el bienestar luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para aquellos que califican (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 para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía de referencia para pacientes de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para pacientes mayores de 40 años. • Exámenes clínicos del seno una vez cada 24 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las mamografías de detección cubiertas.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardiaca, que incluyen ejercicio, información y asesoramiento, están cubiertos para los miembros que cumplan determinadas condiciones y cuenten con una orden médica. Nuestro plan cubre estos programas integrales si ha tenido, al menos, una de las siguientes condiciones: • Ataque al corazón en los últimos 12 meses • Cirugía de bypass de arteria coronaria • Angina estable de pecho (dolor de pecho) • Reemplazo o reparación de válvula cardiaca • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico que se usa para abrir una arteria obstruida) o una colocación de *stent* coronario (un procedimiento que se usa para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardiaca estable crónica Limitaciones de cobertura: Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardiaca. Puede tener dos sesiones por día (cada una de 1 hora) y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si califica, puede obtener 36 sesiones más que se pueden espaciar durante un periodo de tiempo más largo.	**Usted paga $0** por **consulta de atención médica primaria** Usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**
Consulta para reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares) Ofrecemos cobertura para una consulta al año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
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.	
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecerlas) una vez cada 5 años (60 meses).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
Prueba de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres. • Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses para quienes tengan un mayor riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino o vaginal, o estén en edad de tener hijos y hayan tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Cubrimos únicamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. ○ Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener información sobre la lista de quiroprácticos de la red, consulte el *Directorio de proveedores*.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las pruebas de detección cubiertas son las siguientes: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • La colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no corren un mayor riesgo de cáncer colorrectal tiene cobertura cuando hayan transcurrido al menos 59 meses después del mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección, o cuando hayan transcurrido 47 meses después del mes en el que se realizó la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, la cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en el que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años de edad. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo luego de haberse sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses desde la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada para pacientes con alto riesgo.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección de cáncer colorrectal cubiertas por Medicare. Si su médico descubre un pólipo u otro tejido y lo extirpa durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico y usted debe pagar **$0**.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • Pruebas de ADN en heces con objetivos múltiples para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de mayor riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de sangre de biomarcadores para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de mayor riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento luego de un resultado positivo en un análisis de heces no invasivo, cubierto por Medicare, para detectar cáncer colorrectal. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implica la extracción de tejido u otro material, u otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, o como resultado de ella, y en el mismo encuentro clínico.	
• Procedimientos que se realizan durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos). • Las colonoscopias después de una prueba gFOBT o FIT positiva o una prueba de detección de sigmoidoscopia flexible. **Nota:** Todas las demás colonoscopias están sujetas a los costos compartidos aplicables que se mencionan en otra parte de esta tabla.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios dentales: Medicare† En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de una persona. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales realizadas en preparación para la radioterapia para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales antes de un trasplante de órgano.	Usted paga **$0** por visitas al dentista. Usted paga lo siguiente por consulta con especialistas, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**
Servicios dentales (preventivos e integrales): sin cobertura de Medicare* Cubrimos ciertos servicios de atención integral y profilaxis dental que se describen a continuación, a través de nuestro acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) y su plan DeltaCare USA Medicare a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener más información sobre proveedores de atención dental, vaya a la página “Find a dentist” (Buscar un dentista) de la red de DeltaCare USA Medicare en **kp.org/dental/ca/medicare** (cambie el idioma a español) o consulte el *Directorio de proveedores dentales* en **kp.org/directory** (cambie el idioma a español).	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Para que los servicios estén cubiertos por el plan, los miembros deben recibir atención dental de su dentista seleccionado de DeltaCare USA Medicare. Si un procedimiento no está listado a continuación, no está cubierto. Debe hablar sobre las opciones de tratamiento con su dentista seleccionado o especialista dental antes de recibir los servicios. Puede seleccionar o cambiar su dentista seleccionado utilizando su cuenta en línea o comunicándose con el Centro de Servicio al cliente de Delta Dental al **1-877-644-1774**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2929**). Los cambios solicitados antes del día 15 del mes tienen vigencia de inmediato. Las selecciones realizadas a partir del día 16 del mes tendrán vigencia el primer día del mes siguiente. Para hacer una cita: • Para hacer una cita, simplemente llame al consultorio del dentista seleccionado e identifíquese como miembro del plan DeltaCare USA Medicare. • Puede obtener más información sobre su dentista seleccionado o seleccionar un nuevo dentista en línea en **kp.org/dental/ca/medicare** (cambie el idioma a español). A excepción de los servicios de emergencia o los servicios proporcionados por un especialista al que el miembro ha sido previamente aprobado por Delta Dental, debe acudir a su dentista contratado seleccionado para obtener los servicios cubiertos. Este beneficio dental no cubre ningún otro tratamiento. Si se le recomienda un tratamiento, debe solicitar a su dentista que envíe un plan de tratamiento a Delta Dental para su revisión.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Delta Dental le brindará a usted y a su dentista un presupuesto con los costos estimados, para comprender mejor su cobertura y los gastos de bolsillo previstos antes de que reciba los servicios.	
Servicios de diagnóstico (D0100 a D0999) • Las radiografías de boca completa y las imágenes radiográficas (D0210) se limitan a un conjunto cada 2 años calendario e incluyen cualquier combinación de radiografías periapicales (D0220, D0230) y radiografías interproximales (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277). Los beneficios se limitan a una serie completa de imágenes radiográficas intraorales (D0210) o una imagen radiográfica panorámica (D0330) dentro de dos años calendario. Las imágenes panorámicas no se consideran parte de una serie integral intraoral.	
• D0120: evaluación oral periódica *Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.*	**$0**
• D0140: evaluación oral limitada, enfocada en el problema. *Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.*	**$0**
• D0150: evaluación oral integral: paciente nuevo o existente. *Una evaluación integral (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación.*	**$0**
• D0160: evaluación oral detallada y exhaustiva: enfocada en el problema, según informe. *Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.*	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• D0170: reevaluación, limitada, enfocada en el problema (paciente existente, no es consulta posoperatoria). *Dos evaluaciones orales (D0120, D0140, D0160 o D0170) cada año calendario.*	**$0**
• D0171: evaluación, visita al consultorio posoperatoria.	**$0**
• D0180: evaluación periodontal integral, paciente nuevo o existente. *Una evaluación integral (D0150 o D0180) cada 3 años calendario por proveedor o ubicación.*	**$0**
• D0190: prueba de detección de un paciente. *Una (D0190 o D0191) cada año calendario.*	**$0**
• D0191: evaluación de un paciente. *Una (D0190 o D0191) cada año calendario.*	**$0**
• D0210: intraoral, serie integral de imágenes radiográficas. *Una (D0210 o D0330) cada 2 años calendario.*	**$0**
• D0220: intraoral, primera imagen radiográfica periapical. *Dos radiografías periapicales (D0220 o D0230) cada año calendario.*	**$0**
• D0230: intraoral, cada imagen radiográfica periapical adicional. *Dos radiografías periapicales (D0220 o D0230) cada año calendario.*	**$0**
• D0270: mordida, imagen radiográfica única. *Un set de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.*	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• D0272: mordidas, dos imágenes radiográficas. *Un set de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.*	**$0**
• D0273: mordidas, tres imágenes radiográficas. *Un set de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.*	**$0**
• D0274: mordidas, cuatro imágenes radiográficas. *Un set de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.*	**$0**
• D0277: mordidas verticales, de siete a ocho imágenes radiográficas. *Un set de radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274 o D0277) cada año calendario.*	**$0**
• D0330: imagen radiográfica panorámica. *Una (D0210 o D0330) cada 2 años calendario.*	**$0**
• D0350: imagen fotográfica oral/facial bidimensional obtenida de forma extraoral o intraoral. *Una cada 3 años calendario.*	**$0**
• D0396: impresión 3D de un escaneo 3D de superficie dental.	**$0**
• D0461: prueba de diente agrietado.	**$0**
Servicios preventivo (D1000 a D1999) • Si usted no ha tenido visitas dentales regulares (al menos una cada 6 meses) o ha sido diagnosticado con enfermedad de las encías puede necesitar un raspado periodontal, alisado radicular o desbridamiento de toda la boca antes de poder recibir atención rutinaria, como limpiezas regulares.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• D1110: limpieza de profilaxis para adultos. *Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario.*	**$0**
• D1206: aplicación tópica de barniz de fluoruro. *Dos aplicaciones de fluoruro (D1206 o D1208) cada año calendario.*	**$0**
• D1208: aplicación tópica de fluoruro, sin barniz. *Dos aplicaciones de fluoruro (D1206 o D1208) cada año calendario.*	**$0**
Periodoncia (D4000 a D4999) • Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local. • Si usted no ha tenido visitas dentales regulares (al menos una cada 6 meses) o ha sido diagnosticado con enfermedad de las encías puede necesitar un raspado periodontal, alisado radicular o desbridamiento de toda la boca antes de poder recibir atención rutinaria, como limpiezas regulares. Es posible que tenga que pagar un costo compartido adicional por estos servicios.	
• D4341: raspado periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante. *Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.*	**$0**
• D4342: raspado periodontal y alisado radicular, de uno a tres dientes por cuadrante. *Uno (D4341 o D4342) por cuadrante cada 2 años calendario.*	**$0**
• D4346: raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave, boca completa, después de evaluación bucal. *Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario.*	**$0**
• D4910: mantenimiento periodontal. *Dos (D1110, D4346 o D4910) cada año calendario.*	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios generales complementarios (D9000 a D9999)	
• D9110: tratamiento paliativo del dolor dental, por consulta. *Una vez en el día.*	**$0**
• D9211: anestesia de bloqueo regional.	**$0**
• D9212: anestesia de bloqueo de división trigeminal.	**$0**
• D9311: consulta con un profesional de la salud.	**$0**
• D9450: presentación del caso, posterior a la planificación detallada y extensa del tratamiento. *Cubierto cuando se realiza como parte de una evaluación bucal.*	**$0**
• D9912: prueba de detección del paciente antes de la consulta.	**$0**
• D9932: limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, maxilar. *Cubierto cuando se realiza como parte de una limpieza periodontal o preventiva.*	**$0**
• D9933: limpieza e inspección de dentadura postiza completa extraíble, mandibular. *Cubierto cuando se realiza como parte de una limpieza periodontal o preventiva.*	**$0**
• D9934: limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular. *Cubierto cuando se realiza como parte de una limpieza periodontal o preventiva.*	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• D9935: limpieza e inspección de dentadura postiza parcial extraíble, mandibular. *Cubierto cuando se realiza como parte de una limpieza periodontal o preventiva.*	**$0**
• D9990: servicios certificados de traducción o lenguaje de señas, por consulta.	**$0**
• D9991: administración de casos dentales, abordaje de las barreras de cumplimiento de citas.	**$0**
• D9992: administración de casos dentales, coordinación de la atención.	**$0**
• D9995: teledentología, sincrónica. Consulta en tiempo real.	**$0**
• D9996: teledentología, asincrónica. Información almacenada y enviada al dentista para su revisión posterior.	**$0**
• D9997: administración de casos dentales, pacientes con necesidades especiales de atención médica.	**$0**
Si necesita atención dental de emergencia, debe comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA o con Servicio al cliente de Delta Dental al **1-877-644-1774**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2929**). Si recibe atención dental de emergencia cubierta recibida de su dentista asignado de DeltaCare USA, usted paga el mismo costo compartido de atención dental que no es de emergencia.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
La atención dental de emergencia cubierta recibida de un dentista que no sea su dentista asignado de DeltaCare USA está limitada a **$100** por emergencia, menos su costo compartido. Además, la atención de emergencia cubierta se limita a la atención necesaria para estabilizar su afección y proporcionar alivio paliativo. Vea la sección 3.1 “Limitaciones y exclusiones de los servicios dentales” para obtener más información. Nota: Existen beneficios dentales adicionales que se cubren si está inscrito en los beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus) que se describen en la sección 2.1 de este capítulo.	
Prueba de detección de depresión Ofrecemos cobertura para 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 a las consultas anuales de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Ofrecemos cobertura para esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) para pacientes que tengan alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también tienen cobertura para pacientes que reúnan otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para personas diabéticas Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • †Suministros para supervisar el nivel de glucosa en la sangre: tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa a fin de revisar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.	**$0**
• †Monitores de la diabetes (glucemia y glocusa continua)	**$0**
• †Para las personas con diabetes que tienen la 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), incluye el ajuste.	**Coseguro del 20%**
• La capacitación para el automanejo de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones. **Nota:** Puede optar por recibir capacitación para el automanejo de la diabetes de un programa fuera de nuestro plan reconocido por la Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association) y aprobado por Medicare.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (Para obtener una definición de "equipo médico duradero", consulte el capítulo 12 y el capítulo 3). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, 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. Ofrecemos cobertura para todos los DME médicamente necesarios cubiertos 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** (cambie el idioma a español). También cubrimos los siguientes DME no cubiertos por Medicare cuando sean médicamente necesarios: • Accesorios para la extensión de la cama de hospital, si es necesario. • Protectores de talón o de codo para evitar o minimizar el uso de equipos avanzados de alivio de presión. • Dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis cuando los antitranspirantes están contraindicados y la hiperhidrosis ha creado complicaciones médicas (por ejemplo, infección de la piel) o está impidiendo las actividades de la vida diaria.	Usted paga el **coseguro del 20%**. Excepción: paga **$0** por los medidores de flujo máximo y el equipo de terapia con luz ultravioleta para uso en el hogar. **Equipo de oxígeno** Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un **20% de coseguro** cada vez que recibe el equipo. El costo compartido no cambiará una vez que haya estado inscrito durante 36 meses.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Bolsa de reanimación cuando el paciente traqueotomizado tiene problemas importantes de manejo de las secreciones y necesita una técnica de lavado y aspiración asistida por una respiración profunda a través de la bolsa de reanimación. • Equipo de terapia con luz ultravioleta para afecciones distintas de la psoriasis según sea necesario desde el punto de vista médico, incluido el equipo de terapia con luz ultravioleta para uso en el hogar, si (1) el equipo ha sido aprobado para usted mediante el proceso de autorización previa de nuestro plan, tal como se describe en el capítulo 3, y (2) el equipo se proporciona dentro de nuestra área de servicio. (La cobertura para equipos de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisface adecuadamente sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él).	
Atención de emergencia La atención de emergencia corresponde a los servicios que: • Proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Se considera una emergencia médica cuando usted, o cualquier otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio en salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de la vida (y, en el caso de una embarazada, la pérdida de un feto), de una	**$150** por visita Este copago no se aplica si es admitido directamente en el hospital como paciente hospitalizado a más tardar en 24 horas (pero sí se aplica si es admitido en el hospital como paciente externo, por ejemplo, si es admitido para observación). †Si obtiene atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabilice su condición

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente. El costo compartido por los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red es el mismo que cuando recibe estos servicios dentro de la red. **Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.**	de emergencia, para que la atención que obtenga siga teniendo cobertura, debe trasladarse a un hospital de la red o, bien, obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviera en un hospital de la red.
Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass®) El programa One Pass proporciona un beneficio de acondicionamiento físico para ayudar a los miembros a tomar el control de su salud y sentirse en óptimas condiciones. El programa One Pass incluye: • Gimnasios y lugares de acondicionamiento físico: usted recibe una membresía con acceso a una amplia variedad de gimnasios dentro de la red mediante la red básica y premium. Los lugares de acondicionamiento físico incluyen centros nacionales, locales y comunitarios, y estudios boutique. Puede usar cualquier lugar dentro de la red y distintos lugares de acondicionamiento físico participantes durante el mismo mes. • Acondicionamiento físico en línea: usted tiene acceso a clases digitales de acondicionamiento físico en vivo y a programas de ejercicios físicos en cualquier momento por medio del sitio web o la aplicación móvil para los miembros de One Pass. • Acondicionamiento físico y actividades sociales: también tiene acceso a grupos, clubes y eventos sociales por medio del sitio web para los miembros de One Pass.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Kits de acondicionamiento físico en casa: si prefiere entrenar en casa, también puede seleccionar un kit de acondicionamiento físico en casa por año calendario, para fuerza, yoga o danza. Los kits están sujetos a cambios y, una vez seleccionados, no se pueden intercambiar. • Salud del cerebro: acceso en línea a programas de entrenamiento cognitivo para la salud del cerebro. Para obtener más información sobre los gimnasios y lugares de acondicionamiento físico participantes, los beneficios del programa o para crear una cuenta en línea, visite **www.YourOnePass.com/es** o llame al **1-877-614-0618** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 7:00 p. m. Los siguientes servicios no están cubiertos: servicios adicionales (como entrenamiento personal, clases de acondicionamiento físico en grupo de pago, horario de acceso ampliado o clases adicionales fuera de la oferta de la membresía estándar). One Pass® es una marca comercial registrada de One Pass Solutions, Inc., en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y no es un programa voluntario. El programa One Pass y los servicios que ofrece varían según el plan, la zona y la ubicación. La información proporcionada por este programa solo tiene fines informativos generales y no pretende ser un consejo médico ni debe interpretarse como tal. One Pass no se hace responsable de los servicios o la información proporcionada por terceros. Las personas deben consultar a un profesional de la salud adecuado antes de iniciar cualquier programa de ejercicios o para decidir qué puede ser adecuado para ellas.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Programas de educación sobre salud y bienestar Como parte de nuestros programas para un estilo de vida saludable, nuestro plan cubre una cantidad de clases grupales de educación para la salud sobre la salud del corazón, cómo vivir con condiciones crónicas y la depresión. Estos programas se brindan a través de un educador en salud certificado u otro profesional de la salud calificado. Con el fin de ayudarle a que participe activamente en la protección y mejora de su salud, también cubrimos varios tipos de asesoramiento, programas y materiales sobre la educación para la salud, incluidos programas para las condiciones crónicas (como diabetes y asma). También puede participar en programas que no cubrimos, pero es posible que deba pagar una tarifa. Para obtener más información sobre el asesoramiento, los programas y los materiales de educación para la salud que ofrecemos, comuníquese con su Departamento de Educación para la Salud local, llame a Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web **kp.org/espanol**.	**$0**
Servicios para la audición Las evaluaciones de diagnóstico de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	Usted paga lo siguiente por consulta de atención especializada, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**
Cobertura de audífonos solo para miembros de Inland Empire Value, Kern County Enhanced, Los Angeles and Orange Counties Value, San Diego County Value y Ventura County Value Cubrimos los siguientes servicios de aparatos auditivos que se enumeran a continuación cuando los receta un proveedor de la red (audiólogo clínico): • Una asignación de **$1,000 por oído, por audífono**, que puede usar para la compra de un audífono cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejora importante que no se puede obtener con uno solo, cubriremos un audífono para cada oído. • Esta asignación por oído solo se puede usar una vez en un periodo de 36 meses. Si no usa toda la asignación en el punto de venta original, no podrá usarla después. • Seleccionamos al proveedor o distribuidor que proporcionará los audífonos cubiertos. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre. **Nota:** Para los miembros de los planes Inland Empire, Kern County Basic, Los Angeles and Orange Counties, San Diego County y Ventura County, los audífonos no están cubiertos a menos que esté inscrito en Advantage Plus como se describe en la sección 2.1 de este capítulo.	*Asignación de **$1,000** por oído por audífono. Si el audífono que compra cuesta más que la asignación, **usted paga la diferencia**. **Nota**: Su asignación aumenta si está inscrito en Advantage Plus (consulte la sección 2.1 de este capítulo para obtener más detalles).

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Nota: Este beneficio para audífonos entra en vigencia en el año de contrato actual y es posible que no esté disponible el próximo año.	
• Evaluación y ajuste de los audífonos. • Consultas para verificar que los audífonos se ajusten a la receta médica. • Consultas para asesoramiento, ajuste, limpieza e inspección durante una garantía de 3 años. **Nota**: Para los miembros de los planes Inland Empire, Kern County Basic, Los Angeles and Orange Counties, San Diego County y Ventura County, estos servicios para la audición no están cubiertos a menos que esté inscrito en Advantage Plus como se describe en la sección 2.1 de este capítulo.	**$0**
Prueba de detección del VIH Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o corran un alto riesgo de padecer infección por VIH, ofrecemos cobertura para lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Para embarazadas, ofrecemos cobertura para lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para las pruebas de detección preventivas del VIH cubiertas por Medicare.
Atención de la agencia de salud domiciliaria Antes de recibir servicios de salud a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita recibir estos servicios y solicitarlos a una agencia de servicios de salud a domicilio. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un esfuerzo enorme.	**$0** **Nota:** No se aplica ningún costo compartido para los servicios de salud domiciliaria y los artículos provistos de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo,

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, estos servicios deben ser de menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Suministros y equipo médico.	se aplicará el costo compartido correspondiente que se menciona en esta Tabla de beneficios médicos si el artículo tiene cobertura bajo otro beneficio; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención de salud domiciliaria.
Terapia de infusión en el hogar† La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación para el paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo a distancia • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusiones y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusiones en el hogar	**$0** por servicios profesionales, capacitación y monitoreo. **Nota:** Los componentes (tales como los medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de esta Tabla de beneficios médicos, según el artículo.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Ofrecemos cobertura para los suministros y los medicamentos de infusiones en el hogar cuando se cumplen las siguientes condiciones: • El medicamento recetado se encuentra en la lista de medicamentos cubiertos de Medicare Parte D. • El medicamento recetado tiene nuestra aprobación para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red surtida en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar.	**$0** **Nota:** Si una farmacia de infusión intravenosa domiciliaria de la red no abastece un suministro o un medicamento para infusiones cubierto, dicho suministro o medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos aplicables que se indican en otras partes de este documento, dependiendo del servicio.
Cuidados paliativos Usted califica para obtener el beneficio de cuidados paliativos si 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 que le quedan 6 meses o menos de vida si esta sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que poseemos, controlamos o en los que tenemos un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. Cuando ingresa en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si así lo decide, deberá seguir pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
***Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B relacionados con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. A usted se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para servicios cubiertos por Medicare Parte A o B que no se relacionen con su pronóstico terminal:** si requiere servicios que no son de emergencia, no se necesitan con urgencia cubiertos por Medicare Parte A o B y no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las reglas del plan (tal como si existe un requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para hacerlo, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red • *Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, debe pagar el costo compartido de Original Medicare **<u>Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero no por Medicare Parte A o B:</u>** seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Por estos servicios, usted paga el monto de costo compartido de su plan.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Para los medicamentos que pueden tener cobertura del beneficio de la Parte D de nuestro plan: si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura de un centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5. **Nota:** Si necesita cuidados que no sean de hospicio (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para que coordinemos los servicios.	
Cubrimos servicios de asesoría sobre cuidados de hospicio (solo en una ocasión) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados de hospicio.	**Usted paga $0** por **consulta de atención médica primaria** Usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Inmunizaciones (o vacunas) contra la gripe o influenza, una vez cada temporada de gripe o influenza en el otoño y el invierno, con inmunizaciones (o vacunas) adicionales contra la gripe o influenza siempre que sean necesarias desde el punto de vista médico. • Vacunas contra la hepatitis B, si nunca recibió una serie completa, no conoce su historial de vacunación, o tiene otra afección que lo pone en situación de riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas para pacientes en situación de riesgo que cumplan las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También ofrecemos cobertura para la mayoría de las demás vacunas para adultos de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos de la Parte D. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 6.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las vacunas contra la neumonía, la gripe o la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.
Atención para pacientes hospitalizados Incluye atención de problemas médicos agudos de pacientes internos, rehabilitación de pacientes internos, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes internos. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en el que se le admite formalmente en el hospital por pedido de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. Usted paga lo siguiente por día del día 1 al 5 de hospitalización, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$290** • Inland Empire Value: **$390**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
No existe un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados normalmente por hospitales generales de atención de problemas médicos agudos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios habituales de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención (como los cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios por el uso indebido de sustancias para pacientes hospitalizados. • En determinadas circunstancias, cobertura para los siguientes tipos de trasplantes: renopancreático, de córnea, riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, intestino y 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 estar fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera del área de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en	• Kern County Basic: **$235** • Kern County Enhanced: **$90** • Los Angeles and Orange Counties: **$160** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$350** • San Diego County: **$355** • San Diego County Value: **$465** • Ventura County: **$290** • Ventura County Value: **$390** A partir de ese momento, usted paga **$0** por el resto de su hospitalización cubierta. Además, no debe pagar el copago mencionado anteriormente el día del alta hospitalaria, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día. †Si recibe atención para pacientes hospitalizados en un hospital que no está dentro de la red después de estabilizarse su condición de emergencia, el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que pagaría en un hospital de la red. **Nota:** Si es admitido en un hospital en 2027 y no recibe el alta hasta 2028, el costo compartido de 2027 se aplica a dicha hospitalización hasta que reciba el alta del hospital o lo transfieran a un centro de enfermería especializada.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplante en una ubicación fuera del patrón de atención de trasplantes de su comunidad y elige recibir trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos los costos de alojamiento y transporte adecuados para usted y un acompañante, de acuerdo con nuestras pautas de viajes y alojamiento, disponibles en Servicio a los Miembros. • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. • Servicios médicos.	
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 aun así se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, pregunte al personal del hospital. • Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare (Medicare Hospital Benefits)* disponible en **Medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o llame al **1-800-633-4227**. Los usuarios de la Línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen los servicios de cuidado de salud mental que requieren hospitalización.	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. Usted paga lo siguiente por día del día 1 al 5 de hospitalización, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$290** • Inland Empire Value: **$390** • Kern County Basic: **$235** • Kern County Enhanced: **$90** • Los Angeles and Orange Counties: **$160** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$350** • San Diego County: **$355** • San Diego County Value: **$465** • Ventura County: **$290** • Ventura County Value: **$390** A partir de ese momento, usted paga **$0** por el resto de su hospitalización cubierta. Además, no debe pagar el copago mencionado anteriormente el día del alta hospitalaria, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día. **Nota:** Si es admitido en un hospital en 2027 y no recibe el alta hasta 2028, el costo compartido de 2027 se aplica a dicha hospitalización hasta que reciba el alta del hospital o lo transfieran a un centro de enfermería especializada.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Hospitalización: servicios cubiertos que recibe en un hospital o un centro de enfermería especializada durante una hospitalización sin cobertura Si ya ha agotado sus beneficios de centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF), o si la hospitalización o el SNF no es razonable ni necesario, no cubriremos su estadía en el hospital ni en el SNF. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en el hospital o SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios médicos. • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico. • †Vendajes quirúrgicos. • †Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones. • †Aparatos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que sea inoperante o disfuncional permanentemente, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos. • †Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos debido a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente. • †Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	Si su hospitalización o estadía en un SNF ya no está cubierta, continuaremos cubriendo los servicios de Medicare Parte B con el costo compartido aplicable que se indica en otras partes de esta Tabla de beneficios médicos cuando los proporcionen los proveedores de la red.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Terapia nutricional médica Este beneficio es para las personas que padecen diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o luego de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico. Ofrecemos cobertura de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y, posteriormente, 2 horas por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar la orden cada año en caso de que necesite este tratamiento en el siguiente año calendario.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los miembros elegibles para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.
También cubrimos asesoramiento nutricional o dietético con un proveedor de la red que no esté relacionado con la diabetes o la enfermedad renal terminal (ESRD).	**$0**
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (*Medicare Diabetes Prevention Program*, MDPP) **Los servicios del MDPP tienen cobertura para las personas que cumplan los requisitos en 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 las dificultades relacionadas con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio del MDPP.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Medicamentos de Medicare Parte B. **Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan obtienen cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos con cobertura incluyen:** • Los medicamentos que, en general, no son autoadministrados y que se inyectan o administran por medio de una infusión cuando se reciben servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes externos o servicios de un centro de cirugía ambulatoria. • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto de vista médico). • Otros medicamentos que tome mientras utiliza el equipo médico duradero (como los nebulizadores) y que hayan sido autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de medicamentos, es posible que necesite exámenes y pruebas adicionales de detección antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico acerca de los exámenes y pruebas de detección que pueda necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se inyecte usted mismo si padece hemofilia. • Medicamentos para trasplante o inmunosupresores: Medicare cubre la farmacoterapia para trasplante siempre que Medicare haya pagado su trasplante de órgano. Usted debe contar con la Parte A al momento de realizar el trasplante cubierto y con la Parte B cuando obtenga los medicamentos	**Medicamentos de la Parte B administrados** Usted paga un **coseguro del 0%** o **del 20%**por los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico, y un proveedor de la red le administra los medicamentos. Por favor, llame a Servicio a los Miembros para averiguar qué medicamentos se proporcionan con un **coseguro del 20%**. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que exceden el monto de inflación. **Medicamentos de la Parte B de una farmacia de la red** Usted paga lo siguiente por medicamentos de la Parte B incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, cuando los obtiene de una farmacia de la red: • **$0** por Epogen para diálisis en el hogar (suministro de hasta 30 días). • Para los demás medicamentos genéricos (suministro de hasta 30 días): ○ Inland Empire: **$0** ○ Inland Empire Value: **$0** ○ Kern County Basic: **$0** ○ Kern County Enhanced: **$5**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
inmunosupresores. La cobertura de medicamentos de Medicare Parte D cubre los medicamentos inmunosupresores en el caso de que la Parte B no los cubra. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis siempre que esté confinado en casa, tenga una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no pueda autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos siempre que un médico los prepare y una persona adecuadamente instruida (que puede ser usted, el paciente) los administre bajo la supervisión adecuada. • Algunos medicamentos orales anticancerígenos: Medicare cubre algunos medicamentos anticancerígenos que ingiera por vía oral, si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, al ser ingerido, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. Es posible que la Parte B cubra los nuevos medicamentos orales anticancerígenos, a medida que estén disponibles. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hace. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico anticancerígeno, si se administran antes o dentro de las 48 horas de la quimioterapia, o si se usan como reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas.	○ Los Angeles and Orange Counties: **$0** ○ Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** ○ San Diego County: **$5** ○ San Diego County Value: **$5** ○ Ventura County: **$5** ○ Ventura County Value: **$5** Usted paga lo siguiente por los medicamentos de marca (suministro de hasta 30 días): ○ **$35** por los medicamentos de insulina de marca de la Parte B administrados mediante un artículo de equipo médico duradero. ○ **$47** por los demás medicamentos de marca

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos medicamentos orales para la ESRD cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y quelantes de fosfato según el sistema de pago para la ESRD, incluidos el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para heparina siempre que sea necesario desde el punto de vista médico y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la *erythropoietin* por inyección si padece insuficiencia renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas afecciones (como Procrit®, Retacrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento de enfermedades de inmunodeficiencia primaria en casa. • Nutrición parenteral y entérica (alimentación parenteral e intravenosa). También ofrecemos cobertura para algunas vacunas incluidas en la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos incluidas en el beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. En el capítulo 5 puede encontrar una explicación de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el capítulo 6.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Línea telefónica directa de enfermería Contamos con una línea telefónica directa de enfermería disponible a la que los miembros pueden llamar para solicitar asistencia. Los enfermeros de consulta son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para ayudar a evaluar los síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero de consulta. Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas acerca de dudas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido programar citas de atención de urgencia para el mismo día siempre que sea aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero consejero las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, consulte en su *Directorio de proveedores* los números de teléfono para citas y consejos.	**$0**
Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida. Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarle 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 de atención primaria para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección preventivas y al tratamiento de la obesidad.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan que tengan un trastorno por consumo de opioides (*Opioid Use Disorder*, OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (*Opioid Treatment Program*, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Tratamiento asistido con medicamentos agonistas y antagonistas (*medication-assisted treatment*, MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) de los EE. UU. • Suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde).	Usted paga un **coseguro del 0% o el 20%** por medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente cuando los proporciona por un programa de tratamiento de opioides. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que exceden el monto de inflación.
• Asesoramiento para casos de consumo de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas.	**$0**
Pruebas de diagnóstico para pacientes externos, servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Ultrasonidos.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$15** • Inland Empire Value: **$25** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$20**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• San Diego County: **$20** • San Diego County Value: **$25** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$20**
• Pruebas de laboratorio. • Electrocardiogramas (ECG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG). • Estudios del sueño. • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos los materiales y suministros del técnico. • †Materiales quirúrgicos, como vendajes. • †Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones. • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración.	**$0**
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: o Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética y tomografías por emisión de positrones, cuando su médico u otro proveedor de atención médica las solicita para tratar una condición médica.	**$300** por procedimiento
• Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en el departamento de pacientes externos de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar, durante los cuales un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar.	Usted pagará lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$200** • Inland Empire Value: **$375** • Kern County Basic: **$200** • Kern County Enhanced: **$80**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• Los Angeles and Orange Counties: **$150** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$300** • San Diego County: **$325** • San Diego County Value: **$410** • Ventura County: **$250** • Ventura County Value: **$350**
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios ambulatorios que se brindan al paciente para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria. A fin de que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, estos deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura únicamente cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente externo y deberá pagar los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aun así se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregunte al personal del hospital. Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare *Beneficios hospitalarios de Medicare*	Cuando lo ingresan directamente al hospital para observación como paciente externo, usted paga lo siguiente: **$150** por hospitalización **Nota:** No hay cargos adicionales para las hospitalizaciones de observación de pacientes externos cuando los transfieran a observación desde un departamento de emergencias o tras una cirugía ambulatoria.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
(Medicare Hospital Benefits) disponible en **Medicare.gov/publications/11435-S-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** o llame al **1-800-633-4227**. Los usuarios de la Línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.	
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted obtenga en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, tales como los servicios de observación o cirugía ambulatoria.	**Departamento de Emergencias** **$150** por visita **Cirugía ambulatoria** Usted pagará lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$200** • Inland Empire Value: **$375** • Kern County Basic: **$200** • Kern County Enhanced: **$80** • Los Angeles and Orange Counties: **$150** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$300** • San Diego County: **$325** • San Diego County Value: **$410** • Ventura County: **$250** • Ventura County Value: **$350** Consulte la sección “Observación hospitalaria para pacientes externos” de esta Tabla de beneficios médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a los servicios de observación.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que facture el hospital.	**$0**
• Radiografías y otros servicios de radiología que facture el hospital.	**Radiografías y ecografías** Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$15** • Inland Empire Value: **$25** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$20** • San Diego County: **$20** • San Diego County Value: **$25** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$20** **Resonancia magnética, tomografía computarizada y por emisión de positrones** Para imágenes de resonancia magnética, tomografía computarizada y tomografía por emisión de positrones, paga lo siguiente por procedimiento: **$300**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Cuidado de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, siempre que un médico certifique que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado.	**$0** por hospitalización parcial
• †Suministros médicos, como férulas y yesos.	**$0**
• Ciertos medicamentos o productos biológicos que no puede autoadministrarse.	Usted paga un **coseguro del 0%** o del **20%** por los medicamentos de Medicare Parte B cuando se requiere la administración u observación por parte del personal médico, y un proveedor de la red le administra los medicamentos. Llame a Servicio a los Miembros para averiguar qué medicamentos se proporcionan con un **coseguro del 20%**. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que exceden el monto de inflación.
• Para los procedimientos dentales en un centro de atención de la red, proporcionamos anestesia general y los servicios del centro de atención asociados a la anestesia, siempre que se cumpla con lo siguiente: o Usted tiene una discapacidad del desarrollo o su salud está comprometida. o Debido su estado de salud o afección médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía para pacientes externos. o Por lo general, el procedimiento dental no requiere de anestesia.	Consulte la sección “Cirugía para pacientes externos” que figura al principio de esta sección para conocer los costos compartidos de los centros de atención hospitalaria para pacientes externos.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, como los servicios del dentista, a menos que el servicio esté cubierto de acuerdo con las pautas de Medicare, o usted esté inscrito en Advantage Plus y los servicios estén cubiertos por DeltaCare como se describe en la sección 2.1 de este capítulo.	
Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente externo y deberá pagar los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes externos. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aun así se le considere un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, pregunte al personal del hospital.	
Cuidado de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, consejero profesional titulado, terapeuta matrimonial y familiar licenciado, profesional de enfermería avanzada, asistente médico profesional u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes.	**$0**
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 ambulatoria, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: **Consultas de terapia individual** • Inland Empire: **$10** • Inland Empire Value: **$20**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities*, CORF).	• Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$15** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$25** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$15** **Consultas de terapia de grupo** • Inland Empire: **$5** • Inland Empire Value: **$10** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$7** • San Diego County: **$7** • San Diego County Value: **$12** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$7**
• Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida a través de un programa organizado de rehabilitación interdisciplinario de tratamiento diurno.	Usted paga lo siguiente por día, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$10** • Inland Empire Value: **$20** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$15** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$25** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$15**
• Fisioterapia para prevenir caídas en adultos que tengan un riesgo alto de sufrir caídas, cuando la solicite el médico.	**$0**
Tratamiento ambulatorio para el trastorno por abuso de sustancias Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios de tratamiento por abuso de sustancias: • Programas de tratamiento diurno. • Programas intensivos para pacientes externos. • Asesoramiento individual y grupal sobre el trastorno por abuso de sustancias por parte de un profesional clínico de salud calificado, incluido un consejero matrimonial y familiar certificado (*licensed marriage and family therapist*, LMFT). • Tratamiento médico de los síntomas de abstinencia.	**$0**
Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios proporcionados en instalaciones para pacientes externos del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se va a someter a alguna cirugía en un centro hospitalario, le sugerimos verificar con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o externo. A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente	**Visitas al consultorio médico** **Usted paga $0** por **consulta de atención médica primaria** Usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
ambulatorio y deberá pagar el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aun así se lo considere un paciente externo.	• Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5** **Cirugías y otros procedimientos para pacientes externos** Usted paga lo siguiente por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito, siempre que el servicio se preste en un centro de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro entorno y que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar: • Inland Empire: **$200** • Inland Empire Value: **$375** • Kern County Basic: **$200** • Kern County Enhanced: **$80**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• Los Angeles and Orange Counties: **$150** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$300** • San Diego County: **$325** • San Diego County Value: **$410** • Ventura County: **$250** • Ventura County Value: **$350**
Artículos de venta libre (OTC) Recibirá una tarjeta precargada de beneficios de salud adicionales con el límite de beneficios trimestral a la derecha para comprar artículos de venta libre (*over the counter*, OTC) en línea y en tiendas minoristas participantes, incluidas las farmacias minoristas de Kaiser Permanente. La lista de artículos aprobados está sujeta a cambios. La tarjeta se recargará el 1.º de enero, el 1.º de abril, el 1.º de julio y el 1.º de octubre. Cualquier parte que no se utilice de la asignación trimestral no se transferirá al trimestre siguiente. El costo de los artículos de venta libre elegibles se cubrirá hasta el saldo disponible en su tarjeta. Si queda un importe restante por pagar, deberá utilizar otra forma de pago. No puede utilizar su tarjeta de beneficios de salud adicionales para propinas ni tarifas de servicios, entrega a domicilio, envío o carga de vehículos. Las tarifas y los requisitos de compra mínima varían según la tienda minorista. Revise los detalles sobre las tarifas en la página de pago antes de realizar un pedido en línea. Se le solicitará que ingrese otra forma de pago para cubrir las propinas, las tarifas o los artículos sin cobertura.	Usted paga **$0** hasta alcanzar la siguiente asignación trimestral, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$40** • Inland Empire Value: **$60** • Kern County Basic: **$50** • Kern County Enhanced: **$75** • Los Angeles and Orange Counties: **$40** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$60** • San Diego County: **$25** • San Diego County Value: **$40** • Ventura County: **$40** • Ventura County Value: **$60**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cómo usar la tarjeta de beneficios de salud adicionales Para activar su tarjeta de beneficios de salud adicionales, llame al **1-833-524-7035** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 5 a. m. a 5 p. m., hora estándar del Pacífico (Pacific Standard Time, PST), y proporcione su número de tarjeta y número de identificación de membresía. Una vez que active su tarjeta, puede comenzar a usarla para acceder a su asignación y comprar artículos aprobados en tiendas minoristas participantes y tiendas en línea. Si ya tiene una tarjeta de beneficios de salud adicionales, no recibirá una nueva. El beneficio estará disponible en su tarjeta actual, por lo que debe conservarla. Para configurar su cuenta en línea, solicitar un catálogo, consultar una lista de artículos OTC elegibles, encontrar tiendas participantes, consultar su saldo y el historial de transacciones, comprar en línea, enviar una solicitud de reembolso o reemplazar una tarjeta perdida o robada, visite **mybenefitscenter.com** o llame al **1-833-524-7035** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 5 a. m. a 5 p. m., PST. Si su tarjeta es rechazada o no se procesa correctamente, puede completar la transacción con otra forma de pago y enviar una solicitud de reembolso, para la que necesitará una copia del recibo detallado. Las solicitudes de reembolso están sujetas a un proceso de determinación y se deben enviar dentro de los 90 días a partir de la fecha de compra que figura en su comprobante de pago o recibo.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
También puede visitar **mybenefitscenter.com** y descargar la aplicación móvil OTC Network para encontrar minoristas participantes, localizar artículos elegibles, revisar su historial de transacciones y verificar el saldo de su tarjeta. También puede usar la aplicación móvil de OTC en las tiendas para escanear artículos y determinar su elegibilidad mientras realiza sus compras, así como para consultar su saldo antes de pagar. Los miembros pueden descargar la aplicación móvil de OTC Network directamente desde iTunes App Store o GooglePlay. Busque "OTC Network" para descargar la aplicación. Nota: Cualquier monto no utilizado se perderá tras la cancelación de la afiliación a nuestro plan.	
Artículos de venta libre para el reemplazo de la nicotina Cubrimos ciertas terapias para el reemplazo de la nicotina aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el uso de venta libre. Un proveedor de la red debe solicitar estos artículos y dichos artículos se deben obtener en una farmacia de la red. Le proporcionaremos un suministro de hasta 100 días dos veces durante el año calendario.	**$0**
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos *La hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que se brinda en el consultorio de un médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar certificado o consejero profesional certificado, y es una alternativa a la hospitalización.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud del comportamiento (mental) que se proporciona en un departamento para pacientes externos de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud que satisface los requisitos federales o una clínica de salud rural. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta matrimonial y familiar certificado o consejero profesional certificado, pero menos intensivo que la hospitalización parcial.	**$0**
Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • La atención médica o los servicios de cirugía necesarios desde el punto de vista médicos que usted reciba en el consultorio de un médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento de pacientes externos de un hospital o en cualquier otra ubicación. • Consulta, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por un proveedor de la red siempre que su médico lo ordene para evaluar si necesita tratamiento médico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía. • Consultas a domicilio por un médico de la red (o un proveedor de la red que sea un enfermero titulado) dentro de nuestra área de servicio cuando la atención pueda ser proporcionada mejor en su hogar según lo determine un proveedor de la red.	**Visitas al consultorio médico** **Usted paga $0** por **consulta de atención médica primaria** Usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Consultas preoperatorias y posoperatorias.	**Cirugía ambulatoria** Usted paga lo siguiente por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito, siempre que el servicio se preste en un centro de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro entorno y que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar: • Inland Empire: **$200** • Inland Empire Value: **$375** • Kern County Basic: **$200** • Kern County Enhanced: **$80** • Los Angeles and Orange Counties: **$150** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$300** • San Diego County: **$325** • San Diego County Value: **$410** • Ventura County: **$250** • Ventura County Value: **$350**
• Consulta de inyecciones contra alergias	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos servicios de telesalud, que incluyen los siguientes: atención médica primaria y especializada, que incluye servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados, servicios en un centro de enfermería especializada, servicios de rehabilitación cardiaca, servicios de rehabilitación pulmonar, servicios de emergencia, servicios requeridos con urgencia, hospitalización parcial, servicios de programas intensivos para pacientes externos, servicios de salud domiciliaria, servicios de terapia ocupacional, salud mental, podología, servicios psiquiátricos, fisioterapia y servicios de patología del habla y lenguaje, servicios de programas de tratamiento de opioides, servicios de radiografía para pacientes externos, servicios hospitalarios para pacientes externos, servicios de observación, abuso de sustancias para pacientes externos, servicios de diálisis, servicios alimentarios o nutricionales, educación para la salud, servicios de educación sobre enfermedad renal, capacitación para el automanejo de la diabetes y exámenes de audición, preparación para una cirugía o una hospitalización y consultas de seguimiento después de una hospitalización, una cirugía o una consulta al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán por medio de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere apropiado desde el punto de vista clínico.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una consulta en persona o a través de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: o Consultas por video interactivas para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. o Consultas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. • Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal terminal para miembros con diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un ataque cerebral, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rural y centros de salud que cumplen con los requisitos federales.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconsulta) con su médico durante 5 minutos si: o Usted no es un paciente nuevo. o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. o La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la consulta más próxima disponible. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: o Usted no es un paciente nuevo. o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. o La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la consulta más próxima disponible. • Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, internet o historia clínica electrónica. • Tratamientos con rayos ultravioleta.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o el espolón del talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con determinadas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	**Visitas al consultorio** Usted paga lo siguiente por consulta de atención especializada, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5** **Cirugía ambulatoria** Usted paga lo siguiente por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito, siempre que el servicio se preste en un centro de cirugía ambulatoria, en el quirófano de un hospital o en cualquier otro entorno y que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensación o minimizar el malestar: • Inland Empire: **$200** • Inland Empire Value: **$375** • Kern County Basic: **$200** • Kern County Enhanced: **$80** • Los Angeles and Orange Counties: **$150** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$300** • San Diego County: **$325** • San Diego County Value: **$410** • Ventura County: **$250** • Ventura County Value: **$350**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Profilaxis previa a la exposición (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de la atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraerlo, ofrecemos cobertura para los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamento PrEP oral o inyectable aprobado por la FDA, incluida la tarifa por la inyección del medicamento, si corresponde. • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individual (incluida la evaluación de riesgo de VIH, reducción del riesgo de VIH y adherencia al medicamento) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección del VIH cada 12 meses. • Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio del PrEP.
Pruebas de detección del cáncer de próstata En hombres mayores de 50 años, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital. • Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen rectal digital anual o la prueba del PSA.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Dispositivos protésicos y ortóticos y suministros relacionados† Dispositivos (que no son dentales) que reemplacen parcial o parcialmente una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a pruebas, ajustes o capacitación en el uso de aparatos protésicos y ortopédicos; así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y ortóticos y su reparación o reemplazo. También incluye cierta cobertura después de la extirpación o cirugía de cataratas: consulte la sección de Cuidado de la vista más adelante en esta tabla para obtener más detalles. Además, cubrimos los siguientes artículos no cubiertos por Medicare: • Ciertas botas quirúrgicas después de la cirugía cuando se las proporcionan durante una consulta para pacientes externos. • Dispositivo de erección por vacío para la disfunción sexual. • Ciertos selladores para la piel, protectores, cremas humectantes, ungüentos que son necesarios desde el punto de vista médico para el cuidado de las heridas.	• **Coseguro del 20%** por dispositivos y suministros protésicos u ortopédicos externos (incluidos los suministros para el cuidado de las heridas) y botas quirúrgicas cuando se proporcionan durante una consulta ambulatoria. • **$0** por dispositivos internos implantados quirúrgicamente.
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Tratamiento en entorno residencial de los trastornos por abuso de sustancias y de salud mental Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios siempre que estos se prestan en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado que ofrezca tratamiento individualizado las 24 horas del día para trastornos por consumo de sustancias o problemas de salud mental, sean generalmente y habitualmente proporcionados por un programa de tratamiento en entorno residencial para trastornos por consumo de sustancias o problemas de salud mental en un centro de tratamiento residencial autorizado, y superen el nivel de atención de custodia: • Asesoramiento individual y grupal. • Servicios médicos. • Control de medicamentos. • Habitación y comidas. • Medicamentos recetados por un proveedor de la red como parte del plan de atención en el centro de tratamiento en entorno residencial, según las pautas de la lista de medicamentos cubiertos, si se los administra el personal médico de ese centro de atención. • Planificación de alta hospitalaria. No hay límite a la cantidad de días médicamente necesarios en nuestro programa de tratamiento en entorno residencial para tratar condiciones de salud mental y uso indebido de sustancias cuando los receta un proveedor de la red.	Usted paga lo siguiente por admisión hospitalaria, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$100** • Inland Empire Value: **$100** • Kern County Basic: **$100** • Kern County Enhanced: **$90** • Los Angeles and Orange Counties: **$100** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$100** • San Diego County: **$100** • San Diego County Value: **$100** • Ventura County: **$100** • Ventura County Value: **$100**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol Ofrecemos cobertura para una prueba de detección del consumo indebido de alcohol en adultos (incluidas las mujeres embarazadas), que consumen alcohol de forma indebida pero no tienen dependencia. Si la prueba de detección de consumo indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento en persona al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de atención primaria o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol.
Prueba de detección del cáncer de pulmón con la tomografía computarizada de dosis baja (*low dose computed tomography*, LDCT) Para las personas califican, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis cada 12 meses. **Los miembros elegibles son** personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer del pulmón, pero que tienen antecedentes de haber fumado al menos 20 paquetes de tabaco por año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre pruebas de detección de cáncer del pulmón y una consulta para la toma de decisiones compartida que cumple con los criterios 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 consultas de asesoramiento y consultas para la toma de decisiones compartida cubiertas por Medicare, ni a la LDCT.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT después de la LDCT inicial: los miembros deben recibir una orden para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante una LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no es un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional médico calificado que no es un médico decide realizar una consulta de asesoramiento sobre pruebas de detección de cáncer del pulmón y toma de decisiones compartida para las posteriores pruebas de detección de cáncer del pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.	
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Ofrecemos cobertura para una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado solicita una y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted corre un mayor riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Usted nació entre 1945 y 1965. Si usted nación entre 1945 y 1965 y no se considera que tiene un riesgo alto, cubrimos la prueba de detección una sola vez. Si tiene un riesgo alto (por ejemplo, ha continuado consumiendo drogas inyectables ilegales desde su última prueba de detección de hepatitis C negativa), ofrecemos cobertura para una prueba de detección anual.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas Ofrecemos cobertura para pruebas de detección de las siguientes infecciones de transmisión sexual (ITS): clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que corren mayor riesgo de contraer una ITS siempre que las ordene un proveedor de atención primaria. Ofrecemos cobertura para estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo. También ofrecemos cobertura para hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento de conducta, de 20 a 30 minutos de duración, cara a cara y de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que corran mayor riesgo de contraer una ITS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un proveedor de atención médica primaria y se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible al beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS.
Servicios para tratar la enfermedad renal Los servicios para tratar la enfermedad renal y de diálisis incluyen lo siguiente: • Servicios de educación acerca de la enfermedad renal para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas sobre su atención.	**$0**
• Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su tratamiento en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y el suministro de agua, en caso de que sea necesario). • Análisis de laboratorio de rutina para vigilar la eficacia de la diálisis. • Una visita al consultorio de rutina por mes con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un centro hospitalario ambulatorio y se cumplen determinados criterios.	
• †Equipo y suministros para diálisis en el hogar. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible ni accesible temporalmente).	**Coseguro del 20%**
• Visitas al consultorio que no sean de rutina con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal si se realizan en un consultorio médico.	Usted paga **$0** por **consulta de atención médica primaria** Usted paga lo siguiente por **consulta de atención especializada**, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
	• San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (siempre que ingrese como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial).	No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta Tabla de beneficios médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección de **Medicamentos de Medicare Parte B** de esta tabla.	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para leer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12. Este tipo de centros a veces se conocen como SNF). Por periodo de beneficios, ofrecemos cobertura para hasta 100 días de servicios especializados para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesaria desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada.	Usted paga lo siguiente por periodo de beneficios: • **$0**, los días 1 a 20. • **$221**, los días 21 a 100. El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted acude a un hospital o un centro de enfermería especializada (SNF) cubierto por Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre: incluido el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente se proporcionan en un SNF. • Pruebas de laboratorio que generalmente se realizan en un SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que generalmente se proporcionan en un SNF. • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente se proporcionan en un SNF. • Servicios de un médico o profesional médico. En general, usted recibe la atención de SNF en una instalación de la red. Si cumple las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido correspondiente a un centro de atención que esté dentro de la red al utilizar un centro de atención que no pertenezca a la red, siempre y cuando este acepte los montos que paga nuestro plan. • El centro es un centro de adultos mayores y personas con discapacidad 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 ese lugar proporcione atención de un centro de enfermería especializada). • El centro es un SNF en el que su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted salga del hospital.	**Nota:** Si comienza el periodo de beneficios en 2027 para usted y no termina hasta alguna fecha de 2028, el costo compartido de 2027 continuará hasta que finalice el periodo de beneficios.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplan con los siguientes criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si presentan signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional médico reconocido por Medicare brinda el asesoramiento. Ofrecemos cobertura para hasta 2 intentos de dejar de fumar (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, pudiendo el paciente recibir hasta 8 sesiones al año).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los beneficios preventivos de asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco cubiertos por Medicare.
Terapia supervisada de ejercicio (SET) La terapia supervisada de ejercicio (*supervised exercise therapy*, SET) está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (*peripheral artery disease*, PAD) con síntomas y que tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de dicha enfermedad. 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.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ser brindado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que además dicho personal esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico profesional, o un profesional de enfermería avanzada o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. La SET puede tener cobertura por un periodo prolongado, para 36 sesiones adicionales a las 36 sesiones a lo largo de 12 semanas siempre que un proveedor de atención médica lo considere necesario desde el punto de vista médico.	
Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia no cubierto por Medicare* Si un proveedor de la red lo solicita, cubrimos el transporte necesario desde el punto de vista médico que no sea de emergencia en una camioneta para camilla de mano o de ruedas, o una camioneta para silla de ruedas, hasta el hogar (debe estar dentro de las 100 millas) o un centro de enfermería especializada, o una transferencia para un nivel superior de atención inmediatamente después de que ocurra lo siguiente: • una hospitalización como paciente interno; • determinadas consultas de emergencia, atención de urgencia o atención hospitalaria ambulatoria.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Servicios requeridos con urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o, incluso si está dentro del área de servicio, no es razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias (tal como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente. • **Dentro del área de servicio:** usted debe recibir la atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que esta sea inaccesible o no esté disponible temporalmente debido a alguna circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, algún desastre mayor). • **Fuera del área de servicio:** usted cuenta con cobertura de atención de urgencia en todo el mundo cuando viaja, en caso de que necesite atención médica inmediata por alguna enfermedad o lesión imprevista y crea razonablemente que su salud podría deteriorarse de forma grave si retrasa el tratamiento hasta volver a su área de servicio. **Consulte la sección 3 del capítulo 3 para obtener más información.**	**Visitas al consultorio** **$0** **Consultas en el Departamento de Emergencias** **$150** por visita

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios médicos a pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.	Usted paga **$0** por **consulta con un optometrista.** Usted paga lo siguiente por **consulta con un oftalmólogo**, según el plan en el que esté inscrito: • Inland Empire: **$0** • Inland Empire Value: **$15** • Kern County Basic: **$0** • Kern County Enhanced: **$0** • Los Angeles and Orange Counties: **$0** • Los Angeles and Orange Counties Value: **$0** • San Diego County: **$15** • San Diego County Value: **$35** • Ventura County: **$0** • Ventura County Value: **$5**
• Original Medicare no cubre los exámenes rutinarios de la vista (refracción ocular) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan sí cubre los siguientes exámenes: o Exámenes rutinarios de la vista (exámenes de refracción ocular) para determinar si son necesarias medidas correctivas y proporcionar una receta para anteojos. • Pruebas de campo visual.	**$0**

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• Para las personas que corren un mayor riesgo de glaucoma, ofrecemos cobertura para una prueba de detección de glaucoma por año. Las personas que corren un mayor riesgo de glaucoma incluyen aquellas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, personas afroamericanas mayores de 50 años y personas hispanas mayores de 65 años. • Para las personas con diabetes, una prueba de detección y monitoreo de la retinopatía diabética.	
• Un par de anteojos o lentes de contacto (incluidos el ajuste y la entrega) después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de un lente intraocular. Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservarse el beneficio luego de la primera y comprar dos pares de anteojos luego de la segunda. • Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios luego de una cirugía de cataratas sin implante de lente.	**$0** por artículos para la visión, de acuerdo con las pautas de Medicare. ***Nota:** Si los artículos para la visión que compra cuestan más que el costo que cubre Medicare, deberá pagar la diferencia.
Anteojos y lentes de contacto solo para miembros de Kern County Enhanced, Los Angeles and Orange Counties Value, Inland Empire Value, San Diego County Value y Ventura County Value • Una vez cada 24 meses le proporcionamos una asignación de $250 para que pueda comprar artículos para la visión en un centro óptico del plan, cuando un médico o un optometrista le recete anteojos o lentes de contacto para corregir problemas de la vista. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: o Lentes para anteojos cuando un proveedor de la red pone las lentes en un armazón.	Asignación de **$250**. Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación, usted paga la diferencia. **Nota:** Su asignación aumenta si está inscrito en Advantage Plus (consulte la sección 2.1 de este capítulo para obtener más detalles).

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
○ Armazones de anteojos cuando un proveedor de la red pone dos lentes (al menos una debe tener un valor refractivo) en el armazón. ○ Lentes de contacto, adaptación y entrega. • No proporcionaremos la asignación si ya hemos proporcionado una asignación para lentes o armazones (o si estos ya fueron cubiertos de otra manera) en los últimos 24 meses. • Si no usa toda la asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla después. **Nota:** Para los miembros de los planes Inland Empire, Kern County Basic, Los Angeles and Orange Counties, San Diego County y Ventura County, los artículos para la visión no están cubiertos a menos que esté inscrito en Advantage Plus como se describe en la sección 2.1 de este capítulo.	
• **Lentes de reemplazo solo para miembros de Kern County Enhanced, Los Angeles and Orange Counties Value, Inland Empire Value, San Diego County Value y Ventura County Value:** si tiene un cambio en la receta de por lo menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos dentro de los 12 meses del punto de venta inicial de un cristalino de anteojos o de los lentes de contacto al que le proporcionamos una asignación (o que está cubierto de alguna otra manera), le proporcionaremos una asignación para el precio de compra de un artículo de reemplazo del mismo tipo (cristalino de anteojos, o lente de contacto, adaptación y entrega) para el ojo que tuvo el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación es de $30 para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y $45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares.	Si el lente que compra cuesta más que la asignación de **$30** para un cristalino de anteojos monofocal o de **$45** para un cristalino de anteojos multifocal o lenticular, deberá pagar el monto que exceda su asignación.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
• **Lentes de contacto especiales:** cubrimos los siguientes lentes de contacto especiales cuando los receta un médico o un optometrista de la red y se reciben en un centro de atención de la red o en una oficina de ventas de productos ópticos de la red: ○ Para aniridia (ausencia del iris), se cubrirán hasta dos lentes de contacto médicamente necesarios por ojo (incluidos el ajuste y la entrega) en un período de 12 meses. ○ De acuerdo con las pautas de Medicare, las lentes correctivas (incluidos el ajuste y la aplicación de lentes de contacto) y los marcos (y reemplazos) para los miembros que están aphakic (por ejemplo, a los que se les ha extirpado una catarata, pero que no tienen un cristalino intraocular implantado) o que tienen ausencia congénita del cristalino). • **Solo para miembros de Kern County Enhanced, Los Angeles and Orange Counties Value, Inland Empire Value, San Diego County Value y Ventura County Value:** para otros lentes de contacto que permitan una mejora significativa en la visión que no se logra con anteojos, cubrimos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta 6 meses, incluidas la adaptación y la entrega) en un periodo de 24 meses.	**$0**
Consulta preventiva de bienvenida a Medicare Nuestro plan ofrece cobertura para una única consulta preventiva de *Bienvenida 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 [o vacunas]) y referencias para otro tipo de atención, de ser necesario.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare.

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Servicio Cubierto	Lo que usted paga
Importante: Ofrecemos cobertura para la consulta preventiva de *Bienvenida a Medicare* solo durante los primeros 12 meses después de contratar Medicare Parte B. Cuando haga la cita, que el consultorio médico sepa que desea programar la consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*.	
Nota: Consulte la sección 7 del capítulo 1 y el capítulo 11 para informarse acerca de la coordinación que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en esta Tabla de beneficios médicos.	

†Su proveedor debe obtener una autorización previa de nuestro plan.
*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo de los gastos máximos de bolsillo.

Sección 2.1 Beneficios suplementarios opcionales que puede comprar

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

El paquete de beneficios suplementarios opcionales ofrecido por nuestro plan se llama "Advantage Plus". Solo recibe los beneficios dentales, de audífonos y de artículos para la visión que se describen en esta sección si está inscrito en Advantage Plus. Tenga en cuenta que no puede comprar solo uno de estos beneficios; se ofrecen juntos como un paquete completo y no están disponibles individualmente.

Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus

Para inscribirse en Advantage Plus, puede seleccionarlo cuando complete su formulario de inscripción de Senior Advantage. Si no seleccionó Advantage Plus al inscribirse en Senior Advantage, puede enviar un formulario de inscripción de Advantage Plus completo durante uno de los siguientes periodos:

- Entre el 15 de octubre y el 31 de diciembre, para que la cobertura entre en vigencia el 1.º de enero.
- Entre el 1.º de enero y el 31 de marzo, o en un plazo de 30 días a partir de la inscripción en Senior Advantage. La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibimos su formulario de inscripción de Advantage Plus completo.

Cancelación de la inscripción a Advantage Plus

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

Si usted cancela la inscripción en Advantage Plus y desea inscribirse en el futuro, consulte la sección "Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus" antes mencionada para consultar en qué momento puede inscribirse. Tenga en cuenta que sus beneficios de audífonos y artículos para la vista no se renovarán al volver a inscribirse porque los audífonos se proporcionan una vez cada 36 meses y los artículos para la vista se proporcionan una vez cada 24 meses.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
Prima mensual adicional Esta prima mensual adicional se suma a la prima de su plan Senior Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la sección 4.3 del capítulo 1).	**$17**
Cobertura de artículos para la visión • Una vez cada 24 meses le proporcionamos una asignación de **$300** para que pueda comprar artículos para la visión en un centro óptico del plan, cuando un médico o un optometrista le recete anteojos o lentes de contacto para corregir problemas de la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: o Lentes para anteojos cuando un proveedor de la red pone las lentes en un armazón. o Armazones de anteojos cuando un proveedor de la red pone dos lentes (al menos una debe tener un valor refractivo) en el armazón. o Lentes de contacto, adaptación y entrega. • **Para los miembros de Kern County Enhanced, Los Angeles and Orange Counties Value, Inland Empire Value, San Diego County Value y Ventura County Value**, la inscripción en Advantage Plus aumenta la asignación de artículos para la visión descrita en la Tabla de beneficios médicos en “Cuidado de la visión” al agregar $300. • No proporcionaremos la asignación si ya hemos proporcionado una asignación para lentes o armazones (o si estos ya fueron cubiertos de otra manera) en los últimos 24 meses. • Si no usa toda la asignación en el punto de venta original, no podrá usarla después.	Si el artículo para la visión que compra cuesta más de **$300, usted paga la diferencia.**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
Nota: Esta asignación no se aplica a artículos para la visión obtenidos después de una cirugía de cataratas ni a lentes de contacto especiales para tratar la aniridia o la afaquia. **Nota:** Este beneficio para artículos para la visión entra en vigencia en el año de contrato actual y es posible que no esté disponible el próximo año.	
Lentes de reemplazo: si tiene un cambio en la graduación de por lo menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos dentro de los 12 meses del punto de venta inicial de unos cristalinos para anteojos o lentes de contacto para los cuales proporcionamos una asignación (o que está cubierto de alguna otra manera), le proporcionaremos una asignación para el precio de compra de un artículo de reemplazo del mismo tipo (cristalinos para anteojos o lentes de contacto, adaptación y entrega) para el ojo que tuvo el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación es de $30 para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y $45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares.	Si los lentes que compra cuestan más que la asignación de $30 para lentes de anteojos unifocales o $45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares, **usted pagará la cantidad que supere su asignación.**
Lentes de contacto especiales: en el caso de los lentes de contacto que aportan una mejora significativa de la visión, que no pueden aportar los cristalinos de anteojos, cubrimos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta 6 meses, incluidas la adaptación y la entrega) cada 24 meses.	**$0**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
Cobertura para audífonos Cubrimos los siguientes servicios de aparatos auditivos que se enumeran a continuación cuando los receta un proveedor de la red (audiólogo clínico): • Una asignación de **$1,000 por oído, por audífono**, que puede usar para la compra de un audífono cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejora importante que no se puede obtener con uno solo, cubriremos un audífono para cada oído. • **Para los miembros de Kern County Enhanced, Los Angeles and Orange Counties Value, Inland Empire Value, San Diego County Value y Ventura County Value**, la inscripción en Advantage Plus aumenta la asignación de audífonos descrita en la Tabla de beneficios médicos en “Cuidado de la visión” al agregar $1,000. • Esta asignación por oído solo se puede usar una vez en un periodo de 36 meses. Si no usa toda la asignación en el punto de venta original, no podrá usarla después. • Seleccionamos al proveedor o distribuidor que proporcionará los audífonos cubiertos. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre. **Nota:** Este beneficio para audífonos entra en vigencia en el año de contrato actual y es posible que no esté disponible el próximo año.	Si el audífono o audífonos que usted compra cuesta más de **$1,000, usted debe pagar la diferencia.**
• Evaluación y ajuste de los audífonos. • Consultas para verificar que los audífonos se ajusten a la receta médica. • Consultas para asesoramiento, ajuste, limpieza e inspección durante una garantía de 3 años.	**$0**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
Atención dental adicional (programa DeltaCare® USA Dental HMO) Cubrimos la atención dental integral que se describe a continuación, a través de nuestro acuerdo con Delta Dental of California ("Delta Dental") y su plan DeltaCare USA Medicare a través de una red de dentistas que Delta Dental contrata para proporcionar servicios dentales. Para obtener más información sobre proveedores de atención dental, vaya a la página "Find a dentist" (Buscar un dentista) de la red de DeltaCare USA Medicare en **kp.org/dental/ca/medicare** (cambie el idioma a español) o consulte el *Directorio de proveedores dentales* en **kp.org/directory** (cambie el idioma a español). Para que se cubran los servicios, los miembros deben recibir la atención dental del dentista seleccionado de DeltaCare USA Medicare, excepto en caso de emergencias y autorizaciones por escrito para atención especializada de Delta Dental. Si un procedimiento no está listado a continuación, no está cubierto. Debe hablar sobre todas las opciones de tratamiento con su dentista seleccionado antes de recibir los servicios. Puede seleccionar o cambiar su dentista seleccionado utilizando su cuenta en línea o comunicándose con el Centro de Servicio al cliente de Delta Dental al **1-877-644-1774**, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. los 7 días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2929**). Los cambios solicitados antes del día 15 del mes tienen vigencia de inmediato. Las selecciones realizadas a partir del día 16 del mes tendrán vigencia el primer día del mes siguiente. Para hacer una cita: • Para hacer una cita, simplemente llame al consultorio del dentista seleccionado e identifíquese como miembro del plan DeltaCare USA Medicare. • Puede obtener más información sobre su dentista seleccionado o seleccionar un nuevo dentista en línea en **kp.org/dental/ca/medicare** (cambie el idioma a español).	
Servicios de diagnóstico (D0100 a D0999)	
• D0364: captura e interpretación de tomografía computarizada (CT) de haz cónico con campo de visión limitado, menos de una mandíbula completa. *Una (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.*	**$66**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D0365: captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo, mandíbula. *Una (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.*	**$76**
• D0366: captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de un arco dental completo, mandíbula. *Una (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.*	**$76**
• D0367: captura e interpretación de tomografía computarizada de haz cónico con campo de visión de ambas mandíbulas, con o sin cráneo. *Una (D0364, D0365, D0366 o D0367) cada año calendario.*	**$105**
• D0391: interpretación de la imagen diagnóstica por un profesional médico no asociado a la captura de la imagen, incluido el informe. *Una vez cada año calendario.*	**$26**
• D0419: evaluación del flujo salival por medición. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$0**
• D0460: pruebas de vitalidad de la pulpa dentaria. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$0**
• D0600: procedimiento de diagnóstico no ionizante capaz de cuantificar, monitorear y registrar cambios en la estructura del esmalte, la dentina y el cemento.	**$0**
• D0601: documentación y valoración del riesgo de caries con un hallazgo de bajo riesgo. *Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario.*	**$0**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D0602: documentación y valoración del riesgo de caries con un hallazgo de riesgo moderado. *Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario.*	**$0**
• D0603: documentación y valoración del riesgo de caries con un hallazgo de alto riesgo. *Una (D0601, D0602 o D0603) cada 2 años calendario.*	**$0**
• D0701: imagen radiográfica panorámica, solo captura de imagen.	**$0**
• D0702: radiografía cefalométrica de proyección en 2D, solo captura de imagen.	**$0**
• D0703: imagen fotográfica oral y facial de proyección en 2D obtenida intraoral o extraoralmente, solo captura de imagen.	**$0**
• D0705: imagen radiográfica dental posterior extraoral, solo captura de imagen.	**$0**
• D0706: radiografía oclusal intraoral, solo captura de imagen.	**$0**
• D0707: radiografía periapical intraoral, solo captura de imagen.	**$0**
• D0708: radiografía de mordida intraoral, solo captura de imagen.	**$0**
• D0709: serie completa de imágenes radiográficas intraorales, solo captura de imágenes.	**$0**
Servicios preventivo (D1000 a D1999)	
• D1310: asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales. *Una vez cada año calendario.*	**$0**
• D1330: instrucciones de higiene oral. *Una vez cada año calendario.*	**$0**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***

Restaurativo (D2000 a D2999)

- Un empaste es un beneficio que cubre la eliminación de caries, reparaciones menores de la estructura dental o el reemplazo de un empaste perdido.
- Un empaste incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, el recubrimiento pulpar indirecto, las bases, los recubrimientos y los procedimientos de grabado con ácido.
- Para el reemplazo de empastes se requiere que la restauración actual tenga más de 2 años de antigüedad.
- Los empastes están limitados a no más de dos procedimientos por año calendario (cualquier combinación de D2140, D2150, D2160, D2161, D2330, D2331, D2332, D2335, D2390, D2391, D2392, D2393 o D2394).
- La tarifa por la extracción de una restauración indirecta está incluida en la tarifa por cualquier procedimiento restaurador posterior.
- Una corona es un beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para soportar un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional y no puede ser reparada.
- El reemplazo de coronas y recubrimientos requiere que la restauración existente tenga más de 5 años de antigüedad.
- Las coronas y los recubrimientos están limitados a no más de dos procedimientos por año calendario (cualquier combinación de D2542, D2544, D2642, D2644, D2710, D2794).
- Está cubierto el metal base o el metal noble. Si un recubrimiento o un poste y un muñón fabricados indirectamente están hechos de metal de alta nobleza, se cobrará una tarifa adicional de hasta $100 por diente para la actualización.
- Las coronas o los pónticos de marca procesados en el laboratorio o procesados en el consultorio mediante técnicas o materiales especializados se consideran mejoras del material. El dentista puede cobrar una tarifa adicional que no exceda los $150 además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales de Advantage Plus” en la sección 3.1 para obtener información adicional.
- Una reconstrucción de núcleo (D2950) o poste y núcleo (D2952, D2954) por diente cada 5 años. Estos servicios incluyen las tarifas por restauraciones de resina o amalgama realizadas en la misma fecha del servicio.
- Un procedimiento de retención de pines (D2951) por diente cada 2 años calendario cuando se factura con restauración de resina o amalgama. D2951 se incluye con D2950, D2952, D2954 si se facturan por separado.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D2140: amalgama, una superficie, primaria o permanente.	**$53**
• D2150: amalgama, dos superficies, primarias o permanentes.	**$68**
• D2160: amalgama, tres superficies, primarias o permanentes.	**$82**
• D2161: amalgama, cuatro o más superficies, primarias o permanentes.	**$94**
• D2330: compuesto a base de resina, una superficie, anterior.	**$50**
• D2331: compuesto a base de resina, dos superficies, anteriores.	**$ 60**
• D2332: compuesto a base de resina, tres superficies, anteriores.	**$71**
• D2335: compuesto a base de resina, cuatro o más superficies con compromiso del ángulo incisal, anteriores.	**$85**
• D2390: corona de compuesto a base de resina, anterior.	**$114**
• D2391: compuesto a base de resina, una superficie, posterior.	**$54**
• D2392: compuesto a base de resina, dos superficies, posteriores.	**$70**
• D2393: compuesto a base de resina, tres superficies, posteriores.	**$85**
• D2394: compuesto a base de resina, cuatro o más superficies, posteriores.	**$96**
• D2542: recubrimiento, metálico, dos superficies.	**$313**
• D2543: recubrimiento, metálico, tres superficies.	**$334**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D2544: recubrimiento, metálico, cuatro o más superficies.	**$355**
• D2642: recubrimiento, porcelana o cerámica, dos superficies.	**$293**
• D2643: recubrimiento, porcelana o cerámica, tres superficies.	**$320**
• D2644: recubrimiento, porcelana o cerámica, cuatro o más superficies.	**$352**
• D2710: corona, compuesto a base de resina (indirecta).	**$163**
• D2712: corona, 3/4 compuesto a base de resina (indirecta).	**$161**
• D2720: corona, resina con alto contenido de metal noble.	**$346**
• D2721: corona, resina con predominio de metal base.	**$327**
• D2722: corona; resina con metal noble.	**$378**
• D2740: corona, porcelana o cerámica.	**$433**
• D2750: corona, porcelana fundida con alto contenido de metal noble.	**$422**
• D2751: corona, porcelana fundida con predominio de metal base.	**$372**
• D2752: corona, porcelana fundida con metal noble.	**$381**
• D2753: corona, porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio.	**$402**
• D2780: corona, ¾ molde con alto contenido de metal noble.	**$441**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D2781: corona, ¾ molde con predominio de metal base.	**$371**
• D2782: corona, ¾ molde de metal noble.	**$362**
• D2783: corona, ¾ molde de porcelana o cerámica.	**$464**
• D2790: corona, molde completo con alto contenido de metal noble.	**$428**
• D2791: corona, molde completo con predominio de metal base.	**$368**
• D2792: corona, molde completo con metal noble.	**$385**
• D2794: corona, titanio y aleaciones de titanio.	**$431**
• D2915: recementado o readhesión de perno y muñón fabricados indirectamente o prefabricados. *Un recementado (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario.*	**$31**
• D2920: recementado o readhesión de corona. *Un recementado (D2915 o D2920) por diente cada 2 años calendario.*	**$32**
• D2928: corona prefabricada de porcelana o cerámica, diente permanente. *Una vez por diente cada 2 años calendario.*	**$96**
• D2940: restauración protectora *Una vez por diente de por vida.*	**$32**
• D2950: reconstrucción del muñón, incluidos los pernos cuando sean necesarios. *Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario.*	**$76**
• D2951: retención con perno, por diente, además de la restauración. *Una vez por diente cada 2 años calendario.*	**$18**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D2952: poste y muñón, además de la corona, fabricados indirectamente. *Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario.*	**$108**
• D2953: cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente. *Uno por diente cada 5 años calendario cuando se facture con D2952.*	**$56**
• D2954: poste y núcleo prefabricados además de corona. *Uno (D2950, D2952 o D2954) por diente cada 5 años calendario.*	**$96**
• D2956: extracción de una restauración indirecta en un diente natural.	**$0**
• D2957: cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente. *Uno por diente cada 5 años calendario.*	**$55**
• D2976: estabilización con banda, por diente. *Una vez por diente de por vida. Beneficio solo para dientes posteriores.*	**$49**
• D2980: reparación de corona necesaria por falla del material de restauración. *Una vez por diente cada 2 años calendario.*	**$74**
• D2982: reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración. *Una vez por diente cada 2 años calendario.*	**$108**
• D2989: excavación de un diente que permite determinar que no es posible restaurarlo.	**$0**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
Endodoncia (D3000 a D3999) • Los tratamientos de conducto y retratamientos se limitan a un máximo de dos por año calendario (cualquier combinación de D3310, D3320, D3330, D3346, D3347 o D3348). • La colocación de una restauración directa provisional está incluida en la tarifa para todos los procedimientos endodónticos cubiertos (D3220 a D3950) cuando se realizan en la misma fecha por el mismo dentista o consultorio dental. • El retratamiento del tratamiento de conductos cuando lo realiza el mismo dentista o consultorio dental dentro de dos años calendario está incluido en la tarifa del tratamiento original, pero cuando lo realiza un dentista diferente no está cubierto. • Un recubrimiento de pulpa directo o indirecto es un beneficio únicamente si se coloca en un diente permanente vital con ápice abierto o en un diente primario vital. • Con la excepción de los recubrimientos de pulpa y las pulpotomías, los procedimientos de endodoncia (por ejemplo, el tratamiento de conductos, la apicectomía, la retroobturación, etc.) solo son un beneficio en un diente permanente con patología. • Una pulpotomía terapéutica en un diente permanente está limitada al tratamiento paliativo cuando el dentista no realiza un tratamiento de conductos.	
• D3110: recubrimiento pulpar, directo (excluye la restauración final).	**$22**
• D3120: recubrimiento pulpar, indirecto (excluye la restauración final).	**$23**
• D3220: pulpotomía terapéutica (excluye la restauración final), extirpación de la pulpa coronal hasta la unión dentinocementaria y aplicación de medicamento. *Una (D3220 o D3321) por diente de por vida.*	**$54**
• D3221: desbridamiento pulpar, dientes primarios y permanentes. *Una (D3220 o D3321) por diente de por vida.*	**$80**
• D3310: terapia endodóntica en diente anterior (excluye la restauración final). *Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.*	**$315**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D3320: terapia endodóntica en diente premolar (excluye la restauración final). *Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.*	**$360**
• D3330: terapia endodóntica en diente molar (excluye la restauración final). *Un tratamiento de conductos (D3310, D3320 o D3330) por diente de por vida.*	**$488**
• D3331: tratamiento de la obstrucción del conducto radicular, acceso no quirúrgico.	**$162**
• D3346: retratamiento de tratamiento de conductos previo, diente anterior. *Un retratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.*	**$453**
• D3347: retratamiento de tratamiento de conductos previo, premolar. *Un retratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.*	**$507**
• D3348: retratamiento de tratamiento de conductos previo, molar. *Un retratamiento (D3346, D3347 o D3348) por diente cada 2 años calendario.*	**$625**
• D3410: apicectomía, anterior. *Una vez por diente de por vida.*	**$414**
• D3421: apicectomía, premolar (primera raíz). *Una vez por diente de por vida.*	**$455**
• D3425: apicectomía, molar (primera raíz). *Una vez por diente de por vida.*	**$497**
• D3426: apicectomía (cada raíz adicional). *Una vez por diente de por vida.*	**$133**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D3430: empaste retrógrado, por raíz. *Una vez por diente de por vida.*	**$110**
• D3450: amputación radicular, por raíz. *Una vez por diente de por vida.*	**$271**
Periodoncia (D4000 a D4999) • Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local. • Si usted no ha tenido visitas dentales regulares (al menos una cada 6 meses) o ha sido diagnosticado con enfermedad de las encías puede necesitar un raspado periodontal, alisado radicular o desbridamiento de toda la boca antes de poder recibir atención rutinaria, como limpiezas regulares.	
• D4210: gingivectomía o gingivoplastia, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante. *Una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario.*	**$227**
• D4211: gingivectomía o gingivoplastia, de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante. *Una (D4210 o D4211) por cuadrante cada 3 años calendario.*	**$107**
• D4212: gingivectomía o gingivoplastia para permitir el acceso a un procedimiento restaurativo, por diente.	**$0**
• D4240: colgajo gingival, incluido el alisado radicular, cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante. *Uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario.*	**$272**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D4241: colgajo gingival, incluido el alisado radicular, de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante. *Uno (D4240 o D4241) por cuadrante cada 3 años calendario.*	**$269**
• D4249: alargamiento de corona clínica, tejido duro. *Uno por diente permanente de por vida.*	**$301**
• D4260: cirugía ósea (incluye la elevación de un colgajo de grosor total y cierre), cuatro o más dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante. *Una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario.*	**$643**
• D4261: cirugía ósea (incluye la elevación de un colgajo de grosor total y cierre), de uno a tres dientes contiguos o espacios limitados por dientes por cuadrante. *Una (D4260 o D4261) por cuadrante cada 3 años calendario.*	**$472**
• D4266: regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera reabsorbible, por sitio. *Una (D4266 o D4267) por diente cada 3 años calendario.*	**$267**
• D4267: regeneración tisular guiada, dientes naturales, barrera no reabsorbible, por sitio. *Una (D4266 o D4267) por diente cada 3 años calendario.*	**$256**
• D4355: desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico periodontal integral en una consulta posterior. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$43**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D4381: administración localizada de agentes antimicrobianos mediante un vehículo de liberación controlada en tejido crevicular enfermo, por diente. *Una vez por diente cada 2 años calendario.*	**$21**
• D4921: irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante.	**$0**
Prostodoncia, extraíble (D5000 a D5999) • Para todas las dentaduras postizas y dentaduras postizas parciales enumeradas, el copago incluye ajustes posteriores a la entrega y acondicionamiento del tejido durante los primeros 6 meses después de la colocación, si así fuera necesario. Para todas las dentaduras postizas y parciales removibles e inmediatas que estén incluidas en la lista, el copago incluye tareas de ajuste y acondicionamiento del tejido durante los primeros 3 meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. Debe seguir siendo elegible y el servicio debe proporcionarse en el mismo centro de atención del dentista donde se entregó originalmente la dentadura postiza. • El reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial o sobredentadura requiere que la dentadura postiza existente tenga más de 5 años. • La sustitución de una dentadura postiza parcial extraíble por una dentadura postiza completa está cubierta, dentro del período de limitación de frecuencia de cinco años, cuando se pierden los dientes naturales. • Las dentaduras postizas parciales provisionales (placas de soporte) se limitan al reemplazo de dientes anteriores extraídos en adultos durante un período de curación.	
• D5110: dentadura postiza completa, maxilar. *Una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130 o D5863) cada 5 años calendario.*	**$447**
• D5120: dentadura postiza completa, mandibular. *Una dentadura postiza mandibular (D5120, D5140 o D5865) cada 5 años calendario.*	**$471**
• D5130: dentadura postiza inmediata, maxilar. *Una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130 o D5863) cada 5 años calendario.*	**$435**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5140: dentadura postiza inmediata, mandibular. *Una dentadura postiza mandibular (D5120, D5140 o D5865) cada 5 años calendario.*	**$417**
• D5211: dentadura postiza parcial maxilar, base de resina (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$309**
• D5212: dentadura postiza parcial mandibular, base de resina (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes). *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$326**
• D5213: dentadura postiza parcial maxilar, estructura de metal fundido con bases de resina para dentaduras postizas (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$474**
• D5214: dentadura postiza parcial mandibular, estructura de metal fundido con bases de resina para dentaduras postizas (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$467**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5221: dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base de resina (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$294**
• D5222: dentadura postiza parcial mandibular inmediata, base de resina (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$287**
• D5223: dentadura postiza parcial maxilar inmediata, estructura de metal fundido con bases de resina para dentaduras postizas (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$424**
• D5224: dentadura postiza parcial mandibular inmediata, estructura de metal fundido con bases de resina para dentaduras postizas (incluye los materiales de retención o sujeción, soporte y dientes). *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$428**
• D5225: dentadura postiza parcial maxilar, base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, soportes y dientes). *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$398**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5226: dentadura postiza parcial mandibular, base flexible (incluye materiales de retención/sujeción, apoyos y dientes). *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$400**
• D5227: dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye soportes, ganchos y dientes) *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$395**
• D5228: dentadura postiza parcial maxilar inmediata, base flexible (incluye soportes, ganchos y dientes) *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$366**
• D5410: ajuste de dentadura postiza completa, maxilar. *Dos veces cada año calendario.*	**$25**
• D5411: ajuste de dentadura postiza completa, mandibular. *Dos veces cada año calendario.*	**$25**
• D5421: ajuste de dentadura postiza parcial, maxilar. *Dos veces cada año calendario.*	**$27**
• D5422: ajuste de dentadura postiza parcial, mandibular. *Dos veces cada año calendario.*	**$26**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5511: reparación de base de dentadura postiza completa fracturada, mandibular. *Una vez cada año calendario.*	**$57**
• D5512: reparación de base de dentadura postiza completa fracturada, maxilar. *Una vez cada año calendario.*	**$56**
• D5520: reemplazo de dientes faltantes o rotos, dentadura postiza completa (por diente). *Una vez cada año calendario.*	**$47**
• D5611: reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, mandibular. *Una vez (D5611 o D5621) cada año calendario.*	**$55**
• D5612: reparación de base de dentadura postiza parcial de resina, maxilar. *Una vez (D5612 o D5622) cada año calendario.*	**$55**
• D5621: reparación de estructura parcial fundida, mandibular. *Una vez (D5611 o D5621) cada año calendario.*	**$69**
• D5622: reparación de estructura parcial fundida, maxilar. *Una vez (D5612 o D5622) cada año calendario.*	**$65**
• D5630: reparación o reemplazo de materiales de retención/sujeción rotos, por diente. *Una vez (D5610 a D5660) cada año calendario.*	**$64**
• D5640: reemplazo de dientes rotos, por diente. *Una vez (D5610 a D5660) cada año calendario.*	**$52**
• D5650: adición de diente a dentadura postiza parcial existente. *Una vez (D5610 a D5660) cada año calendario.*	**$59**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5660: adición de gancho a dentadura postiza parcial existente, por diente. *Una vez (D5610 a D5660) cada año calendario.*	**$65**
• D5710: rebasado de dentadura postiza maxilar completa. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$145**
• D5**711**: rebasado de dentadura postiza mandibular completa. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$141**
• D5720: rebasado de dentadura postiza parcial maxilar. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$138**
• D5721: rebasado de dentadura postiza parcial mandibular. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$143**
• D5730: rellenado de dentadura postiza completa maxilar (directo). *Dos veces (D5730, D5740, D5750, D5760, D5765, D5731, D5741, D5751 o D5761) por año calendario.*	**$92**
• D5731: rellenado de dentadura postiza completa mandibular (directo). *Dos veces (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.*	**$89**
• D5740: rellenado de dentadura postiza parcial maxilar (directo). *Dos veces (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.*	**$84**
• D5741: rellenado de dentadura postiza parcial mandibular (directo). *Dos veces (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.*	**$85**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5750: rellenado de dentadura postiza completa maxilar (indirecto). *Dos veces (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.*	**$122**
• D5751: rellenado de dentadura postiza completa mandibular (indirecto). *Dos veces (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.*	**$122**
• D5760: rellenado de dentadura postiza parcial maxilar (indirecto). *Dos veces (D5730, D5740, D5750, D5760 o D5765) por año calendario.*	**$120**
• D5761: rellenado de dentadura postiza parcial mandibular (indirecto). *Dos veces (D5731, D5741, D5751, D5761 o D5765) por año calendario.*	**$121**
• D5765: revestimiento blando para dentadura postiza extraíble completa o parcial, indirecto. *Dos veces (D5730, D5740, D5750, D5760, D5765, D5731, D5741, D5751 o D5761) por año calendario.*	**$112**
• D5820: dentadura postiza parcial provisional (incluye los materiales de retención/sujeción, soportes y dientes), maxilar. *Una vez cada 5 años calendario.*	**$179**
• D5821: dentadura postiza parcial provisional (incluye los materiales de retención/sujeción, soportes y dientes), mandibular. *Una vez cada 5 años calendario.*	**$179**
• D5850: acondicionamiento de tejido, maxilar. *Una vez cada año calendario.*	**$47**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D5851: acondicionamiento de tejido, mandibular. *Una vez cada año calendario.*	**$49**
• D5863: sobredentadura completa, maxilar. *Una dentadura postiza maxilar (D5110, D5130 o D5863) cada 5 años calendario.*	**$668**
• D5864: sobredentadura parcial, maxilar. *Una dentadura postiza parcial maxilar (D5211, D5213, D5221, D5223, D5225, D5227 o D5864) cada 5 años calendario.*	**$522**
• D5865: sobredentadura completa, mandibular. *Una dentadura postiza mandibular (D5120, D5140 o D5865) cada 5 años calendario.*	**$738**
• D5866: sobredentadura parcial, mandibular. *Una dentadura postiza parcial mandibular (D5212, D5214, D5222, D5224, D5226, D5228 o D5866) cada 5 años calendario.*	**$518**
Servicios de implantes (D6000 a D6199) • Los siguientes están limitados a un máximo de dos (2) por año calendario: implantes, prótesis sujetas por implantes y pilares de implantes. • El reemplazo de implantes, pilares, coronas, puentes y dentaduras postizas sujetas por implantes requiere que la restauración existente tenga más de 5 años. • Las coronas o los documentos procesados en el consultorio o de marca comercial, procesados o en consultorios producidos mediante técnica especializada o materiales son actualizaciones de materiales. El dentista puede cobrar una tarifa adicional que no exceda los $150 además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales de Advantage Plus” en la sección 3.1 para obtener información adicional. • Si cualquier puente fijo o dentadura postiza extraíble existente fuera reemplazado por una nueva prótesis sujeta por implantes, dicho aparato existente debe ser elegible para el reemplazo según estos beneficios. • El miembro debe tener al menos 19 años de edad para recibir servicios de implantes. • Los implantes y las coronas y prótesis sujetas por implantes están cubiertos para reemplazar uno o más dientes naturales permanentes perdidos debido a un traumatismo accidental o extracción.	

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6010: colocación quirúrgica del cuerpo del implante: implantes endoóseo.	**$820**
• D6011: acceso quirúrgico al cuerpo del implante (cirugía de segunda fase del implante).	**$88**
• D6013: colocación quirúrgica de mini implante.	**$319**
• D6040: colocación quirúrgica, implante eposteal.	**$932**
• D6050: colocación quirúrgica, implante transóseo.	**$522**
• D6056: pilar prefabricado, incluye modificación y colocación.	**$197**
• D6057: pilar fabricado personalizado, incluye colocación.	**$261**
• D6058: corona de porcelana o cerámica sujeta por pilar.	**$424**
• D6059: corona de porcelana fundida con metal sujeta por pilar (con alto contenido de metal noble).	**$440**
• D6060: corona de porcelana fundida con metal sujeta por pilar (con predominio de metal base).	**$350**
• D6061: corona de porcelana fundida con metal sujeta por pilar (con metal noble).	**$378**
• D6062: corona de metal fundido sujeta por pilar (con alto contenido de metal noble).	**$409**
• D6063: corona de metal fundido sujeta por pilar (con predominio de metal base).	**$387**
• D6064: corona de metal fundido sujeta por pilar (con metal noble).	**$351**
• D6065: corona de porcelana o cerámica sujeta por implante.	**$435**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6066: corona sujeta por implante, porcelana fundida sobre aleaciones con alto contenido de metal noble.	**$461**
• D6067: corona sujeta por implante, aleaciones con alto contenido de metal noble.	**$462**
• D6068: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija (Fixed Partial Denture, FPD) parcial de porcelana o cerámica.	**$399**
• D6069: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija parcial de porcelana fusionada a metal (con alto contenido de metal noble).	**$404**
• D6070: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija parcial de porcelana fusionada a metal (con predominio de metal base).	**$326**
• D6071: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija parcial de porcelana fusionada a metal (con metal noble).	**$324**
• D6072: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija parcial de metal fundido (con alto contenido de metal noble).	**$398**
• D6073: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija parcial de metal fundido (con predominio de metal base).	**$335**
• D6074: retenedor sujeto por pilar para dentadura postiza fija parcial de metal fundido (con metal noble).	**$388**
• D6075: retenedor sujeto por implante para dentadura postiza fija parcial de cerámica.	**$417**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6076: retenedor sujeto por implante para dentadura postiza fija parcial de porcelana fundida a aleaciones con alto contenido de metal noble.	**$426**
• D6077: retenedor sujeto por implante para dentadura postiza fija parcial de metal con alto contenido de metal noble.	**$469**
• D6082: corona sujeta por implante de porcelana fundida sobre aleaciones predominantemente base.	**$344**
• D6092: recementado o readhesión con adhesivo de corona sujeta por implante o pilar. *Una vez por arco cada año calendario.*	**$41**
• D6093: recementado o readhesión con adhesivo de dentadura postiza fija parcial sujeta por implante o pilar. *Una vez por arco cada año calendario.*	**$50**
• D6094: corona sujeta por pilar, titanio y aleaciones de titanio.	**$425**
• D6096: extracción del tornillo de retención roto del implante. *Una vez por diente cada 5 años calendario.*	**$90**
• D6110: dentadura postiza extraíble sujeta por implante o pilar para arco edéntulo, maxilar.	**$520**
• D6111: dentadura postiza extraíble sujeta por implante o pilar para arco edéntulo, mandibular.	**$539**
• D6112: dentadura postiza extraíble sujeta por implante o pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar.	**$585**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6113: dentadura postiza extraíble sujeta por implante o pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular.	**$701**
• D6114: dentadura postiza fija sujeta por implante o pilar para arco edéntulo, maxilar.	**$1,848**
• D6115: dentadura postiza fija sujeta por implante o pilar para arco edéntulo, mandibular.	**$2,000**
• D6116: dentadura postiza fija sujeta por implante o pilar para arco parcialmente edéntulo, maxilar.	**$1,433**
• D6117: dentadura postiza fija sujeta por implante o pilar para arco parcialmente edéntulo, mandibular.	**$2,000**
• D6190: índice de implantes radiográficos/ quirúrgicos, por informe. *Una vez por arco cada 5 años calendarios.*	**$147**
• D6194: corona retenedora sujeta por pilar para dentadura postiza fija parcial, titanio y aleaciones de titanio. *Una vez cada año calendario.*	**$431**

Prostodoncia, fija (D6200 a D6999)

- Nota: Cuando una corona o un póntico supera las seis unidades en el mismo plan de tratamiento, es posible que al miembro se le cobre un monto adicional de $175 por unidad, después de la sexta unidad.
- El reemplazo de una corona, un póntico, una incrustación, un recubrimiento o un dispositivo dental para el estrés requiere que el puente existente tenga más de 5 años de antigüedad.
- Las coronas o los pónticos de marca procesados en el laboratorio o procesados en el consultorio mediante técnicas o materiales especializados se consideran mejoras del material. El dentista puede cobrar una tarifa adicional que no exceda los $150 además del copago indicado. Consulte “Exclusiones y limitaciones dentales” en la sección 3.1 para obtener información adicional.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6210: póntico, alto contenido de metal noble fundido.	**$303**
• D6211: póntico, con predominio de metal base fundido.	**$245**
• D6212: póntico, metal noble fundido.	**$283**
• D6240: póntico, porcelana fundida con alto contenido de metal noble.	**$344**
• D6241: póntico, porcelana fundida sobre base predominantemente de metal.	**$269**
• D6242: póntico, porcelana fundida sobre metal noble.	**$293**
• D6243: póntico, porcelana fundida con titanio o aleaciones de titanio.	**$286**
• D6245: póntico, porcelana o cerámica.	**$337**
• D6250: póntico, resina con alto contenido de metal noble.	**$282**
• D6251: póntico, resina con predominio de metal base.	**$255**
• D6252: póntico, resina con metal noble.	**$245**
• D6602: retenedor tipo incrustación, alto contenido de metal noble fundido, dos superficies.	**$146**
• D6603: retenedor tipo incrustación, alto contenido de metal noble fundido, tres o más superficies.	**$285**
• D6604: retenedor tipo incrustación, con predominio de metal base fundido, dos superficies.	**$138**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6605: retenedor tipo incrustación, con predominio de metal base fundido, tres o más superficies.	**$237**
• D6606: retenedor tipo incrustación, metal noble fundido, dos superficies.	**$177**
• D6607: retenedor tipo incrustación, metal noble fundido, tres o más superficies.	**$380**
• D6608: retenedor tipo recubrimiento, porcelana o cerámica, dos superficies.	**$268**
• D6609: retenedor tipo recubrimiento, porcelana o cerámica, tres o más superficies.	**$315**
• D6610: retenedor tipo recubrimiento, alto contenido de metal noble fundido, dos superficies.	**$276**
• D6611: retenedor tipo recubrimiento, alto contenido de metal noble fundido, tres o más superficies.	**$279**
• D6612: retenedor tipo recubrimiento, con predominio de metal base fundido, dos superficies.	**$272**
• D6613: retenedor tipo recubrimiento, con predominio de metal base fundido, tres o más superficies.	**$281**
• D6614: retenedor tipo recubrimiento, metal noble fundido, dos superficies.	**$259**
• D6615: retenedor tipo recubrimiento, metal noble fundido, tres o más superficies.	**$284**
• D6720: corona de retención, resina con alto contenido de metal noble.	**$426**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6721: corona de retención, resina con predominio de metal base.	**$369**
• D6722: corona de retención, resina con metal noble.	**$438**
• D6740: corona de retención, porcelana o cerámica.	**$442**
• D6750: corona de retención, porcelana fundida con alto contenido de metal noble.	**$427**
• D6751: corona de retención, porcelana fundida sobre predominio de metal base.	**$384**
• D6752: corona de retención, porcelana fundida sobre metal noble.	**$393**
• D6753: corona de retención, porcelana fundida sobre titanio y aleaciones de titanio.	**$430**
• D6780: corona de retención, ¾ de alto contenido de metal noble fundido.	**$444**
• D6781: Corona de retención con ¾ de predominio de metal base fundido.	**$369**
• D6782: corona de retención con ¾ de metal noble de fundición completa.	**$448**
• D6783: corona de retención, ¾ de porcelana o cerámica.	**$438**
• D6784: corona de retención, ¾ de titanio y aleaciones de titanio.	**$528**
• D6790: corona de retención, alto contenido de metal noble de fundición completa.	**$431**
• D6791: corona de retención, con predominio de metal base de fundición completa.	**$372**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D6792: corona de retención, metal noble de fundición completa.	**$394**
• D6930: recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$44**
• D6940: placa de descanso. *Una vez cada 5 años calendario.*	**$80**
• D6980: reparación de dentadura postiza parcial fija por falla del material de restauración. *Una vez cada 2 años calendario.*	**$86**
Cirugía oral y maxilofacial (D7000 a D7999) • Incluye evaluaciones preoperatorias y postoperatorias y tratamiento bajo anestesia local. • Las extracciones se limitan a tres cada año calendario (cualquier combinación de D7140, D7210, D7220, D7230, D7240, D7241, D7250 o D7251). • Cuando se realiza en conjunto con la extracción de un diente impactado, completamente ósea y con complicaciones quirúrgicas inusuales, la disección del nervio está incluida en el procedimiento de extracción. De lo contrario, la disección del nervio no está cubierta.	
• D7140: extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación o extracción con fórceps).	**$53**
• D7210: extracción, diente en erupción que requiere la extirpación del hueso o la sección del diente incluida elevación del colgajo mucoperióstico si está indicado.	**$113**
• D7220: extracción del diente impactado, tejido blando.	**$138**
• D7230: extracción del diente impactado, parcialmente óseo.	**$182**
• D7240: extracción del diente impactado, completamente óseo.	**$215**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D7241: extracción del diente impactado, completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	**$246**
• D7250: extracción de raíces dentales residuales (procedimiento quirúrgico con corte).	**$124**
• D7251: coronoectomía, extracción parcial intencional del diente, solo en dientes impactados.	**$242**
• D7259: disección de nervio.	**$0**
• D7270: reimplantación o estabilización de diente expulsado o desplazado accidentalmente. *Una vez por diente de por vida.*	**$144**
• D7280: exposición de un diente retenido. *Una vez por diente de por vida.*	**$246**
• D7282: movilización de dientes erupcionados o mal posicionados para ayudar a la erupción. *Una vez por diente de por vida.*	**$149**
• D7284: biopsia escisional de glándulas salivales menores. *Una vez en el mismo día.*	**$189**
• D7286: biopsia incisional de tejido bucal, blando. *Una vez en el día.*	**$173**
• D7288: biopsia con cepillo, recolección de muestra transepitelial. *Una vez cada año calendario.*	**$59**
• D7310: alveoloplastia junto con extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante. *Una vez (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.*	**$104**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D7311: alveoloplastia junto con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante. *Una vez (D7310 o D7311) por cuadrante de por vida.*	**$96**
• D7320: alveoloplastia no relacionada con extracciones, cuatro o más dientes o espacios dentales, por cuadrante. *Una vez (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.*	**$167**
• D7321: alveoloplastia no relacionada con extracciones, de uno a tres dientes o espacios dentales, por cuadrante. *Una vez (D7320 o D7321) por cuadrante de por vida.*	**$124**
• D7340: vestibuloplastia, extensión de la cresta (epitelialización secundaria). *Una vez por arco de por vida.*	**$280**
• D7350: vestibuloplastia, extensión de la cresta (incluye injertos de tejido blando, reacoplamiento del músculo, revisión de la unión del tejido blando y manejo del tejido hipertrofiado e hiperplásico). *Una vez por arco de por vida.*	**$461**
• D7450: extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro de hasta 1.25 cm. *Una vez en el día.*	**$299**
• D7451: extirpación de quiste o tumor odontógeno benigno, lesión con un diámetro mayor que 1.25 cm. *Una vez en el día.*	**$490**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D7471: extracción de exostosis lateral (maxilar superior o mandíbula). *Una vez por cuadrante de por vida.*	**$350**
• D7472: extirpación del torus palatino. *Una vez por arco de por vida.*	**$435**
• D7473: extirpación del torus mandibular. *Una vez por cuadrante de por vida.*	**$366**
• D7510: incisión y drenaje de absceso, tejido blando intraoral. *Una vez en el día.*	**$86**
• D7922: colocación de un vendaje biológico dentro de la cavidad para ayudar en la hemostasia o la estabilización del coágulo, por sitio.	**$0**
• D7953: injerto de reemplazo óseo para la preservación de la cresta, por sitio. *Una vez de por vida por sitio.*	**$234**
• D7970: escisión de tejido hiperplásico, por arco. *Una vez por arco de por vida.*	**$245**
• D7971: escisión de encía pericoronal. *Una vez por diente de por vida.*	**$107**
Servicios generales complementarios (D9000 a D9999) • Se aprueba un máximo de 60 minutos de anestesia general o sedación intravenosa moderada por día de servicio. La unidades adicionales no tienen cobertura. • La anestesia general y la sedación intravenosa moderada (consciente) es un beneficio solo cuando la proporciona un dentista junto con procedimientos de cirugía oral cubiertos o procedimientos quirúrgicos endodónticos y periodontales seleccionados. Los beneficios se limitan a un tipo de anestesia al día.	
• D9215: anestesia local en conjunto con procedimientos operatorios o quirúrgicos.	**$0**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D9219: evaluación para sedación moderada, sedación profunda o anestesia general.	**$0**
• D9222: sedación profunda o anestesia general, primeros 15 minutos.	**$101**
• D9223: sedación profunda o anestesia general, cada incremento subsecuente de 15 minutos.	**$96**
• D9224: administración de anestesia general con manejo avanzado de vía aérea, primer incremento de 15 minutos o cualquier parte de este.	**$101**
• D9225: administración de anestesia general con manejo avanzado de vía aérea, cada incremento de 15 minutos o cualquier parte de este.	**$96**
• D9230: inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis. *Tres veces cada año calendario.*	**$22**
• D9239: analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, los primeros 15 minutos.	**$90**
• D9243: analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, cada incremento posterior de 15 minutos.	**$80**
• D9244: administración en consultorio de sedación mínima, fármaco único, enteral. *Tres (D9244, D9245, D9246 o D9247) cada año calendario.*	**$72**
• D9245: administración en consultorio de sedación mínima, fármaco único, enteral. *Tres (D9244, D9245, D9246 o D9247) cada año calendario.*	**$72**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D9246: administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, primer incremento de 15 minutos, o cualquier porción del mismo. *Tres (D9244, D9245, D9246 o D9247) cada año calendario.*	**$50**
• D9247: administración de sedación moderada, parenteral no intravenosa, cada incremento adicional de 15 minutos, o cualquier parte de este. *Tres (D9244, D9245, D9246 o D9247) cada año calendario.*	**$22**
• D9310: consulta, servicio de diagnóstico proporcionado por un dentista o médico que no sea el dentista o médico solicitante. *Una vez de por vida por proveedor.*	**$67**
• D9430: visita al consultorio para observación (durante el horario regular de atención), no se realizaron otros servicios.	**$23**
• D9440: visita al consultorio, después del horario regular de atención. *Una vez cada año calendario.*	**$54**
• D9910: aplicación de medicamento desensibilizante.	**$0**
• D9930: tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas), circunstancias inusuales, por informe.	**$0**
• D9951: ajuste oclusal, limitado. *Una vez cada 5 años calendario.*	**$46**

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que usted debe pagar***
• D9952: ajuste oclusal, completo. *Una vez cada 5 años calendario.*	**$151**
• D9975: blanqueamiento externo para aplicación en casa, por arco, incluye los materiales y la fabricación de bandejas a la medida. *Una bandeja blanqueadora por arco y gel para dos semanas de autotratamiento.*	**$56**

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones)

En esta sección, se informa qué servicios no se incluyen en la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no los cubre este plan.

En la tabla siguiente, se enumeran los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o que están cubiertos únicamente bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela y se decide luego de la apelación que el servicio es un servicio médico que se debió haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información acerca de cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el capítulo 9, sección 5.3).

Servicios que Medicare no cubre	**Con cobertura solo en circunstancias específicas**
Atención en un centro de atención intermedia o residencial, un centro de alojamiento asistido o un hogar de acogida para adultos	Cubierta tal como se describe en la Sección “Tratamiento en entorno residencial de la salud mental y los trastornos por abuso de sustancias” de la Tabla de beneficios médicos.

Servicios que Medicare no cubre	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Concepción a través de métodos artificiales, tales como la fecundación in vitro, la transferencia intratubárica de cigotos, los trasplantes de óvulos y la transferencia intratubárica de gametos (excepto la inseminación artificial y los servicios relacionados cubiertos por Medicare)	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Cirugía estética o procedimientos estéticos	Con cobertura en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones. Con cobertura para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.
Atención de custodia **La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua por parte del personal médico o los paramédicos capacitados, como la atención que le ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.**	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos estéticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental)	Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.

Servicios que Medicare no cubre	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales, equipo y medicamentos. **Se consideran procedimientos y artículos experimentales aquellos que, según Original Medicare, la comunidad médica no suele aceptar.**	Podrían estar cubiertos por Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte el capítulo 3, sección 5).
Anteojos y lentes de contacto que Medicare no cubre	Un par de anteojos con marcos estándar (o un juego de lentes de contacto) con cobertura después de cada cirugía de cataratas con implante de lente intraocular. Esta exclusión no se aplica a los miembros de los planes Kern County Enhanced, Value de los condados de Los Angeles y Orange, Inland Empire Value, Value del condado de San Diego y Value del condado de Ventura, como se describe en la fila “Cuidado de la vista” en la Tabla de beneficios médicos. Tampoco se aplica si está inscrito en beneficios suplementarios opcionales que se describen en la sección 2.1 de este capítulo. Los beneficios de artículos para la vista están sujetos a las siguientes exclusiones y limitaciones: • Plan de protección para lentes. • Productos no recetados. • Lentes y gafas de sol sin valor refractivo, excepto que esta exclusión no se aplica a un lente transparente de compensación si solo un ojo necesita corrección o a lentes tintados cuando sean médicamente necesarios para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa. • Reemplazo de lentes o de marcos perdidos, rotos o dañados. • Adorno para anteojos o lentes de contacto.

Servicios que Medicare no cubre	Con cobertura solo en circunstancias específicas
	• Artículos para la visión que por ley no requieren receta médica (además de los armazones para anteojos o un cristalino de equilibrio cubierto).
Costos generados por la atención a parientes directos o miembros de su hogar	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Audífonos o exámenes para el ajuste de audífonos	Esta exclusión no aplica a los implantes cocleares y dispositivos auditivos externos oseointegrados cubiertos por Medicare. Esta exclusión no se aplica a los miembros de los planes Kern County Enhanced, Value de los condados de Los Angeles y Orange, Inland Empire Value, Value del condado de San Diego y Value del condado de Ventura, como se describe en la fila “Cobertura de audífonos” en la Tabla de beneficios médicos. Tampoco se aplica si está inscrito en los beneficios suplementarios opcionales que se describen en la sección 2.1 de este capítulo.
Comidas con entrega a domicilio	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Servicios de tareas domésticas que incluyen ayuda básica en el hogar, como limpieza ligera o preparación de comidas sencillas.	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Terapia de masajes	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia

Servicios que Medicare no cubre	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cristalinos intraoculares (*intraocular lenses*, IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia)	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de una pierna ortopédica y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas que padecen enfermedad del pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o en un centro de enfermería especializada.	Se proporcionan teléfonos y televisión.
Exámenes físicos y otros servicios (1) requeridos para obtener o conservar el empleo o para participar en programas de empleados, (2) requeridos para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o requeridos para obtener libertad condicional o provisional	Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico o de atención preventiva desde el punto de vista médico.
Servicios de enfermería privada	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Habitación privada en un hospital	Con cobertura cuando es necesaria desde el punto de vista médico.
Pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia

Servicios que Medicare no cubre	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia	Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Atención quiropráctica de rutina	La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación tiene cobertura.
Cuidado de los pies de rutina	Ofrecemos cobertura limitada de acuerdo con las pautas de Medicare (p. ej., si usted tiene diabetes).
Pruebas de audición de rutina	Medicare cubre pruebas de audición de diagnóstico y exámenes de equilibrio, si los solicita un médico.
Servicios que se consideren que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare	Esta exclusión no se aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero que están cubiertos por nuestro plan.
Servicios que se proporcionan a los veteranos de guerra en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)	Cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital del VA y el costo compartido del VA supera el de nuestro plan, les reembolsaremos la diferencia a los veteranos de guerra. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los costos compartidos de nuestro plan.
Servicios relacionados con servicios o artículos sin cobertura	Cuando un servicio o artículo no está cubierto, todos los servicios relacionados con dicho servicio o artículo también están excluidos, (1) excepto aquellos que normalmente cubriríamos para tratar complicaciones derivadas del servicio o artículo no cubierto, o (2) a menos que estén cubiertos conforme a las pautas de Medicare.

Servicios que Medicare no cubre	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios que pueden ser realizados de forma segura y eficaz por personas que no requieren licencias o certificados del estado para prestar servicios de atención médica, y cuando la condición del miembro no requiere que dichos servicios sean proporcionados por un profesional de la salud con licencia.	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Servicios para revertir la infertilidad voluntaria, inducida quirúrgicamente	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia
Transporte en automóvil, taxi, autobús, camioneta para camilla, camioneta para silla de ruedas y cualquier otro tipo de transporte (excepto una ambulancia autorizada), incluso si es la única forma de trasladarse hasta el consultorio de un proveedor de la red	Esta exclusión no aplica a los servicios de transporte que se describen en “Servicios de transporte: transporte médico que no es de emergencia no cubierto por Medicare”.
Gastos de traslado y alojamiento	Es posible que paguemos determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a nuestras pautas para traslados y alojamiento.

Sección 3.1 Limitaciones y exclusiones de los servicios dentales

Las limitaciones y exclusiones de esta sección se aplican a los servicios dentales que se describen en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla de Advantage Plus, a menos que se indique lo contrario.

Limitaciones

1. La frecuencia de ciertos beneficios es limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se enumeran en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla de Advantage Plus.

2. Cuando se recomiendan las coronas, los pónticos de puentes o los retenedores de puentes cubiertos, que están sujetos por un diente natural o implante dental, los dentistas contratados pueden ofrecer servicios que utilizan marcas o nombres comerciales con una tarifa adicional. Le deben ofrecer los beneficios del plan de una corona o póntico de alta calidad procesado en un laboratorio que puede incluir: porcelana o cerámica; porcelana con base, metal noble o alto contenido de metal noble. Si elige la alternativa de una actualización de material (nombre de laboratorio procesado o procesado en el consultorio de coronas o dientes artificiales procesados en el consultorio a través de técnica o materiales especializados, incluidos, entre otros: Captek, Procera, Lava, Empress y Cerec), el dentista contratado podría cobrar una tarifa adicional que no supere los $150 además del copago mencionado en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla de Advantage Plus.
3. El reemplazo de una incrustación, recubrimiento, corona, dentadura postiza parcial fija (puente) o una dentadura postiza parcial o completa removible existente está cubierto cuando:

    a. La restauración/puente/dentadura postiza existente ya no es funcional y no puede hacerse funcional mediante reparación o ajuste, y se colocó cinco o más años antes de su reemplazo.
    b. Si una dentadura postiza parcial existente tiene menos de cinco años, pero se debe reemplazar por una dentadura postiza parcial nueva debido a la pérdida de un diente natural, que no se puede reemplazar agregando otro diente a la dentadura postiza parcial existente.
    c. Una dentadura postiza parcial fija existente (puente) tiene menos de cinco años, pero se debe reemplazar por una nueva dentadura postiza parcial fija debido a la pérdida del diente natural.

4. Para la atención dental de emergencia, si no se cumplen las siguientes condiciones, usted es responsable del costo total de la atención dental:

    a. Hizo un intento razonable de comunicarse con su dentista asignado de DeltaCare USA Medicare y no puede recibir atención dentro de las 24 horas, o cree que su afección hace que sea irrazonable o imposible trasladarse hasta el consultorio de su dentista asignado de DeltaCare USA Medicare. Si es un miembro nuevo sin un dentista asignado todavía, debe comunicarse con Servicio al cliente de Delta Dental a fin de obtener ayuda para encontrar un dentista de DeltaCare USA Medicare.
    b. Usted llamó a Servicio al Cliente de Delta Dental antes de recibir atención dental de emergencia o es razonable que obtenga atención dental de emergencia sin llamar a Servicio al Cliente teniendo en cuenta su afección y las circunstancias.

c. Las reclamaciones por los servicios dentales de emergencia cubiertos deben presentarse a Delta Dental en un plazo de 90 días a partir de la fecha del tratamiento, a menos que usted pueda demostrar que no es razonable presentar la reclamación dentro de ese plazo. En ese caso, el reclamo debe recibirse dentro del año de la fecha del tratamiento. Envíe su reclamación a: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023.

Exclusiones

1. Cualquier procedimiento que no esté específicamente listado en la Tabla de beneficios médicos o en la tabla de Advantage Plus.
2. Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista de la red o el personal clínico de Delta Dental:

   a. tenga un pronóstico desfavorable para un resultado exitoso y una duración razonable, según la condición del diente o los dientes y de las estructuras circundantes; o

   b. no cumpla con los estándares generalmente aceptados en odontología;

   c. consista en servicios que se consideran incluidos o parte de otro procedimiento y que no pueden cobrarse por separado.

3. Servicios exclusivamente con fines estéticos o para tratar afecciones que resultan de defectos hereditarios o del desarrollo, como el paladar hendido, malformaciones de las mandíbulas superior e inferior, ausencia congénita o retención de dientes, y dientes descoloridos o sin esmalte.
4. Restauraciones colocadas solo debido al desgaste, la abrasión o la erosión.
5. Pérdida o robo de aparatos, entre ellos, dentaduras postizas parciales o completas, mantenedores de espacio, coronas y dentaduras postizas parciales fijas (puentes).
6. Procedimientos, aparatos o restauraciones cuyo propósito sea cambiar la dimensión vertical o diagnosticar o tratar afecciones anormales de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ).
7. Metal precioso para aparatos extraíbles, bases metálicas o blandas permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de porcelana para dentaduras postizas, pilares de precisión para dentaduras postizas parciales extraíbles o fijas (sobredentaduras, implantes y aparatos asociados), así como la personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
8. Consultas para obtener beneficios no cubiertos.

9. Los servicios dentales recibidos en cualquier centro dental que no sea el dentista asignado de DeltaCare HMO Medicare. Esto incluye los servicios de un especialista dental fuera de la red, a menos que Delta Dental lo autorice expresamente, excepto los servicios de emergencia.
10. Todas las tarifas relacionadas con la admisión, el uso o las hospitalizaciones en un hospital, un centro de cirugía para pacientes externos, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
11. Medicamentos recetados.
12. Gastos dentales incurridos debido a algún procedimiento dental que se inició antes de que el miembro fuera elegible para el programa DeltaCare USA HMO Medicare. Algunos ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, tratamientos de conductos en curso y dentaduras postizas completas o parciales para las cuales ya se ha tomado una impresión.
13. Tratamientos o aparatos proporcionados por un dentista cuya práctica se especializa en servicios de prostodoncia.
14. Servicios o suministros para la apnea del sueño.
15. Administración de neuromoduladores.
16. Administración de rellenos dérmicos.
17. Terapia de fotobiomodulación.

CAPÍTULO 5:
Cómo usar la cobertura del plan para obtener medicamentos de la Parte D

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

Para conocer los beneficios de medicamentos y de medicamentos para cuidados paliativos, consulte la Tabla de beneficios médicos del capítulo 4.

En general, nuestro plan ofrece cobertura para la compra de medicamentos si usted sigue estas reglas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional prescriptor) debe emitirle una receta médica válida de acuerdo con la legislación vigente del estado.
- Su médico prescriptor no debe figurar en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para surtir su receta médica (consulte la sección 2) o puede surtirla a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan.
- Sus medicamentos deben estar en la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027* de nuestro plan (consulte la sección 3).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una “indicación aceptada desde el punto de vista médico” es un uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration*, FDA) o sustentado en ciertas referencias. (Para obtener más información sobre una indicación aceptada desde el punto de vista médico, consulte la sección 3).
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan con base en ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la sección 4 de este capítulo).

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

En la mayoría de los casos, las recetas tienen cobertura *solo* si se surten en las farmacias de nuestra red. (Consulte la sección 2.4 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red).

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

Secciones 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, diríjase a su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (**kp.org/directory**) (cambie el idioma a español), o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Qué sucede si su farmacia sale de la red

Si la farmacia que usted utiliza sale de la red, tendrá que encontrar una nueva farmacia de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web **kp.org/directory** (cambie el idioma a español).

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (long-term care, LTC). En general, los centros de LTC (por ejemplo, los centros de adultos mayores y personas con discapacidad) tienen sus propias farmacias. Si tiene dificultades para obtener sus medicamentos de la Parte D en un centro de cuidados a largo plazo, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).
- Farmacias que trabajan con el Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Program (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 (población indígena/tribus/indígenas urbanos) deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Farmacias que venden medicamentos restringidos por la FDA a lugares específicos o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. Para encontrar una farmacia especializada, diríjase a su *Directorio de farmacias* (**kp.org/directory** [cambie el idioma a español]), o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 2.2 El servicio de pedidos por correo de nuestro plan

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

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite solicitar un suministro para un máximo de 100 días.

Para obtener información sobre cómo surtir las recetas por correo, visite su farmacia local de la red o nuestro sitio web **kp.org/refill** (en inglés). Usted puede, de manera conveniente, solicitar que le vuelvan a surtir sus recetas médicas de las siguientes maneras:

- Regístrese y solicítelas en línea de manera segura en **kp.org/refill** (en inglés).
- Llame al **1-866-206-2983** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. o al número que aparece resaltado en la etiqueta de su medicamento recetado y siga las indicaciones. Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le solicite.
- Envíe por correo su solicitud de resurtido o su receta en un formulario de pedido por correo disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente.

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

En general, recibirá los pedidos del servicio de farmacia por correo en un plazo máximo de 5 días. Si la entrega por correo se demora, por favor llame al número mencionado arriba o incluido en la etiqueta del frasco del medicamento recetado para recibir ayuda. Además, si no puede esperar a recibir su medicamento de nuestro servicio de farmacia por correo, puede obtener un suministro de urgencia llamando a su farmacia minorista local de la red que aparece en su *Directorio de farmacias* o en **kp.org/directory** (cambie el idioma a español). Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 100 días de una farmacia minorista de la red que de nuestro servicio de farmacia por correo.

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

También tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. Mediante este programa, comenzaremos a procesar su próximo surtido de forma automática cuando nuestros registros indiquen que falta poco para que se le acabe el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos; puede cancelar los resurtidos programados si tiene suficientes medicamentos o si cambió de fármaco.

Si decide no usar nuestro programa de surtido automático, pero desea usar el servicio de farmacia por correo para recibir su medicamento, comuníquese con la farmacia 5 días antes de que se termine su medicamento actual. Esto permitirá que el pedido le llegue a tiempo.

Para abandonar nuestro programa que prepara los pedidos de surtido por correo de forma automática, comuníquese con nosotros de las siguientes maneras:

- Llame al **1-866-206-2983** (TTY **711**) de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. para obtener asistencia.
- Ingrese a nuestro sitio web **kp.org/refill** (en inglés) y siga estos pasos:

View Pharmacy (Ver farmacia) → Auto Refill (Surtido automático) → Manage Auto Refill (Administrar configuración del surtido automático) → Remove this medication from Auto Refill (Eliminar este medicamento del surtido automático)

Si obtiene un surtido de forma automática por correo que no desea, es posible que tenga derecho a un reembolso.

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que los costos compartidos sean más bajos. Nuestro plan ofrece **dos formas** de recibir un suministro de medicamentos a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que se toman de forma habitual para tratar una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias de venta minorista 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 su *Directorio de farmacias* (**kp.org/directory**) (cambie el idioma a español). También puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información.
2. Además, puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no pertenece a la red del plan

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que estén fuera de la red únicamente cuando no es posible usar una farmacia dentro de la red. Primero, consulte con Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si hay una farmacia de la red cerca.

Ofrecemos cobertura para los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas médicas en una farmacia que esté fuera de la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la Lista de medicamentos cubiertos de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia 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 es de la red. Nota: En el caso de los medicamentos recetados que hayan sido recetados y surtidos fuera de Estados Unidos y sus territorios como parte de la atención de emergencia o de urgencia cubierta, cubriremos un suministro 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 ninguna farmacia 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 una receta para un medicamento que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o mediante el servicio de farmacia por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red durante un desastre.

Si tiene que usar una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) al momento de surtir su receta médica. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. (Consulte el capítulo 7, sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar a nuestro plan que le reembolse el dinero). Es posible que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia que está fuera de la red y el costo que cubriríamos en una que está dentro de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027.* En esta *Evidencia de Cobertura*, **la llamamos la Lista de medicamentos**.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por nuestro plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación. La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D.

Generalmente, ofrecemos cobertura para un medicamento en la Lista de medicamentos de nuestro plan siempre que siga las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y su uso sea para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una indicación aceptada desde el punto de vista médico es un uso del medicamento que cumple alguno de los siguientes requisitos:

- estar aprobado por la FDA para el diagnóstico o la condición para la cual se prescribe, o
- estar respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del servicio de la Lista de medicamentos cubiertos para hospitales de Estados Unidos y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es aquel recetado que se vende bajo un nombre comercial que le pertenece a la compañía farmacéutica. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo ingrediente activo que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Por lo general, los genéricos y los biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento o producto biológico de marca u original y suelen ser menos costosos. Existen sustitutos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, dependiendo de la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta médica, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para ver las definiciones de los tipos de medicamentos que se pueden encontrar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

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

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

Para ver a qué nivel de costo compartido corresponde su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. El monto que deberá pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6.

Sección 3.3 Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento está incluido en nuestra Lista de Medicamentos, tiene estas opciones:

- Revisar la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite el sitio web de nuestro plan (**kp.org/seniorrx** [cambie el idioma a español]). La Lista de medicamentos *(Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027)* que aparece en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para preguntar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan (*Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027*) o solicitar una copia de la lista.
- Use nuestra “Herramienta de beneficio en tiempo real” (**kp.org/seniorrx**) (cambie el idioma a español) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, obtener un estimado de lo que va a pagar y saber si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos

Se aplican reglas especiales que restringen cuándo y qué tipo de cobertura se ofrece en nuestro plan para ciertos medicamentos de venta con receta. Un equipo de médicos y farmacéuticos crearon estas reglas para alentarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz posible. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en la Lista de medicamentos. Esto sucede porque los mismos medicamentos pueden variar de acuerdo con la concentración, la cantidad o la presentación que le receta el proveedor de atención médica, y las diferentes restricciones o costos compartidos que puedan aplicarse a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno al día o 2 al día; en forma de pastillas o en forma líquida).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener información sobre lo que usted o su proveedor pueden hacer a fin de obtener cobertura para el medicamento**. Si desea que renunciemos a alguna restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan con base en criterios específicos antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se llama **autorización previa**. Esto se establece para garantizar la seguridad del medicamento y brindar orientación para el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento. Para obtener los criterios de autorización previa de nuestro plan, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o visitar nuestro sitio web (**kp.org/seniorrx** [cambie el idioma a español]).

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea

Hay situaciones en las que un medicamento recetado que usted toma, o que usted y su proveedor creen que debería tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en lo absoluto. También es posible que la versión genérica esté cubierta, pero no la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en su cobertura.
- El medicamento tiene cobertura, pero en un nivel de costos compartidos que hace que deba pagar un costo compartido mayor al que usted considera apropiado.

Si el medicamento está en un nivel de costos compartidos en el que usted debe pagar un costo mayor al que considera apropiado, consulte la sección 5.1 para ver qué puede hacer.

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

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

Puede obtener un suministro provisional

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

A fin de ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que toma **ya no debe estar en nuestra Lista de medicamentos O debe estar ahora restringido de alguna manera**.

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

Si tiene preguntas acerca del suministro provisional, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Mientras esté utilizando el suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando dicho suministro se agote. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar de medicamento

Hable con su proveedor para saber si existe otro medicamento cubierto por nuestro plan que pueda funcionar igual de bien. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Opción 2. Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

Si usted y su proveedor desean pedirnos que hagamos una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para obtener información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento pertenece a un nivel de costo compartido que considera que es demasiado alto

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costo compartido que usted piensa que es demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar de medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Puede que haya un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

Si usted y su proveedor desean solicitarnos una excepción, consulte el Capítulo 9, Sección 6.4, para obtener información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

Los medicamentos especializados (nivel 5) no califican para este tipo de excepción. No reducimos el monto de costo compartido para los medicamentos de este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos;**
- **mover un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor;**
- **agregar o eliminar restricciones en la cobertura de un medicamento;**
- **reemplazar un medicamento de marca con una versión genérica;**
- **reemplazar un producto biológico original con una versión biosimilar intercambiable.**

Debemos cumplir los requisitos de Medicare antes de cambiar la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Información acerca de los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando se produzcan cambios en la Lista de medicamentos, publicaremos la información correspondiente en nuestro sitio web. También actualizamos regularmente nuestra Lista de medicamentos en línea. En algunas ocasiones, recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que usted toma.

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

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios a un medicamento similar en dicha lista.**
    - Al agregar una nueva versión de un medicamento a nuestra Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de nuestra lista, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en nuestra Lista de medicamentos.
    - Es posible que realicemos estos cambios inmediatamente y le avisemos después, incluso si está tomando el medicamento que eliminamos o al que aplicamos los cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos de cualquier modificación específica que hagamos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en dicha lista con aviso previo.**
    - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento tendrá el mismo nivel de costo compartido o uno inferior y las mismas restricciones o menos.
    - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o algunas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en nuestra Lista de medicamentos.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.
- **Eliminar de nuestra Lista de medicamentos aquellos medicamentos que sean peligrosos y se retiren del mercado.**
    - A veces, es posible que un medicamento se considere peligroso o se retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos quitar el medicamento inmediatamente de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.

- **Realizar otros cambios en los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
    - Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
    - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si realizamos algún cambio en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con el proveedor de recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, lo que incluye cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva en el medicamento que está tomando. Usted o su médico prescriptor pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que usa. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año en curso del plan

Es posible que implementemos algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se hayan descrito anteriormente. En dicho caso, el cambio no lo afectará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio. Sin embargo, es probable que lo afecten a partir del 1.º de enero del próximo año del plan, si se queda en el mismo plan.

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

- Cambiamos el medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Aplicamos una restricción nueva al uso del medicamento.
- Retiramos el medicamento de nuestra Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que usted toma (excepto que se lo retire del mercado, que un medicamento genérico reemplace a uno de marca u otro cambio que se haya mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará el modo de uso ni la parte del costo que usted debe pagar sino hasta el 1.º de enero del año siguiente.

No le informaremos directamente acerca de este tipo de cambios durante el año en curso del plan. Deberá consultar nuestra Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el periodo de inscripción abierta) para verificar si se realizaron cambios en los medicamentos que toma que puedan afectarle durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos recetados están *excluidos.* Esto significa que Medicare no cubre el costo de estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si presenta una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, pagaremos por él o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son 3 reglas generales sobre medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no puede cubrir los medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el *uso fuera de indicación* de un medicamento cuando no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del servicio de la Lista de medicamentos cubiertos para hospitales de Estados Unidos y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex. Se denomina *uso fuera de indicación* a cualquier uso del medicamento que no esté indicado en su etiqueta según lo aprobado por la FDA.

Además, según la ley, las siguientes categorías de medicamentos no tienen cobertura de los planes de medicamentos de Medicare:

- medicamentos de venta sin receta médica (también denominados medicamentos de venta libre);
- medicamentos usados para promover la fertilidad;
- medicamentos para aliviar la tos o los síntomas del resfriado;
- medicamentos que se usan para el crecimiento del cabello o con propósitos cosméticos;
- vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparados de flúor;
- medicamentos usados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil;
- medicamentos que se usan para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso;

- medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante solicite que las pruebas o servicios de monitoreo asociados se adquieran solamente del fabricante como condición de venta.

Si recibe Extra Help para pagar sus recetas médicas, Extra Help no pagará los medicamentos que no cubre de forma habitual. Si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para saber qué tipo de cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el capítulo 2, sección 6).

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía del plan (que puede encontrar en su tarjeta de membresía) en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente a nuestro plan por *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo al recoger el medicamento recetado.

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

Si la farmacia no puede obtener la información que necesita, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento recetado al recogerlo**. Luego, puede **pedirnos un reembolso** por nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener más información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan.

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

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

Si ingresa con cobertura del plan en un hospital o en un centro de enfermería especializada, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que requiera durante el tiempo que permanezca allí. Una vez que reciba el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando cumplan todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Normalmente, un centro de cuidados a largo plazo (*long term care*, LTC) (como un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos recetados a través de la farmacia del centro o de la que el centro utilice, siempre que esta forme parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* (**kp.org/directory**) (cambie el idioma a español) para saber si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no pertenece a nuestra red o necesita más información o ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda obtener de manera habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

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

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

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

En general, si tiene cobertura grupal de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos ocupará un lugar *secundario* con respecto a su cobertura grupal.
Esto significa que su cobertura grupal paga primero.

Aviso especial acerca de la cobertura acreditable:

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

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

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

Sección 9.4 Qué ocurre si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare

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

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de medicamentos

Llevamos a cabo revisiones del uso de los medicamentos para asegurarnos de que los miembros de Kaiser Permanente reciban atención apropiada y segura.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta médica. También revisamos nuestros registros con regularidad. Al hacerlo, intentamos detectar posibles problemas, como pueden ser los siguientes:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que pueden ser innecesarios porque ya toma otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- Medicamentos que pueden ser inseguros o inapropiados para su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden resultar dañinas.
- Recetas médicas para medicamentos con componentes que pueden provocarle una reacción alérgica.
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que toma.
- Cantidades peligrosas de medicamentos analgésicos opioides.

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

Sección 10.1 Programa de Administración de Medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a consumir medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura opioides recetados u otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de varios médicos prescriptores o farmacias o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con sus médicos prescriptores para garantizar que su uso de medicamentos opioides sea adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos prescriptores, si decidimos que usted está en riesgo de consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, podemos limitar el modo en que obtiene dichos medicamentos. Si forma parte de nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Exigirle que surta todas sus recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en farmacias determinadas.
- Exigirle que obtenga todas sus recetas médicas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos prescriptores.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos.

Si tenemos previsto limitar la forma en que obtiene estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta con antelación. La carta le informará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si deberá obtener las recetas para estos medicamentos solo de un proveedor o farmacia específicos. Tendrá la posibilidad de decirnos qué médicos prescriptores o farmacias prefiere y compartir con nosotros cualquier tipo de información que crea que sea importante. Luego de que usted haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura en relación con estos medicamentos, le enviaremos otra carta que confirme esta limitación. Si considera que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y el médico prescriptor tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, evaluaremos su caso y tomaremos una decisión. Si, de todas formas, denegamos cualquier parte de su solicitud en relación con la limitación en el acceso a sus medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente por fuera del plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

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

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

Tenemos un programa que puede ayudar a los miembros con cuestiones médicas complejas. Nuestro programa se llama Administración de terapias con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Este programa es voluntario y sin costo. Un equipo de farmacéuticos y médicos ha desarrollado el programa para ayudarnos a garantizar que los miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

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

Le recomendamos hablar con su médico sobre la lista de tareas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o siempre que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Conserve la Lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información al respecto. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

CAPÍTULO 6:
Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

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

Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de Cobertura* sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica a su caso.** Le enviamos un anexo aparte llamado Cláusula de la *Evidencia de Cobertura para personas que reciben Extra Help para pagar medicamentos recetados* (conocida también como *Cláusula de subsidio por bajos ingresos* o la *Cláusula LIS*), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite la *Cláusula LIS*.

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

Para comprender la información sobre los pagos, primero debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde puede surtir sus recetas médicas y qué reglas debe seguir al recibir sus medicamentos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (**kp.org/seniorrx**) (cambie el idioma a español), el costo que se muestra es una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

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

- Plan Inland Empire
- Plan Inland Empire Value
- Plan Kern County Basic
- Plan Kern County Enhanced
- Plan Los Angeles and Orange Counties
- Plan Los Angeles and Orange Counties Value

- Plan San Diego County
- Plan San Diego County Value
- Plan Ventura County
- Plan Ventura County Value

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

Nota: Consulte el área de servicio geográfica de cada plan incluido en esta *Evidencia de Cobertura* en la sección 2.2 del capítulo 1. Para cumplir con los objetivos relacionados con las primas, los costos compartidos, las inscripciones y la cancelación de la afiliación, hay varios planes de Senior Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en la *Evidencia de Cobertura*. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que podría pagar por medicamentos cubiertos

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

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

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo

Medicare tiene reglas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un control de los gastos de bolsillo.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **incluyen** los pagos que aparecen a continuación (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
    - Etapa de cobertura inicial.

- Todos los pagos que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante Extra Help de Medicare, los planes de salud de empleadores o sindicatos, el Servicio de salud para la población indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas.

Avance a la etapa de cobertura para catástrofes:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya tenido un total de **$2,400** en gastos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- Su prima mensual del plan.
- Los medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no cubra nuestro plan.
- Los medicamentos que compre en una farmacia fuera de la red y que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos y vacunas recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos por medicamentos realizados por determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA).
- Los pagos por medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, Workers' Compensation [seguro de los trabajadores]).
- Los pagos realizados por fabricantes de medicamentos según el Manufacturer Discount Program.

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las antes mencionadas paga total o parcialmente sus costos de bolsillo de medicamentos, se requiere que usted lo informe a nuestro plan por teléfono a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Llevar el control del total de sus gastos de bolsillo

- La Explicación de Beneficios (*Explanation of Benefits*, EOB) de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los **$2,400**, la EOB de la Parte D le indicará que ha abandonado la etapa de cobertura inicial y ha pasado a la etapa de cobertura para catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la sección 3.1 para saber qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

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

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

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

SECCIÓN 3 En la *Explicación de Beneficios (EOB) de la Parte D* se indica en qué etapa de pago está

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza al obtener medicamentos recetados en la farmacia. De esta forma, podemos informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. Hacemos un seguimiento de 2 clases de gastos:

- **Gastos de bolsillo:** indican cuánto pagó usted. Incluye lo que usted pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago que su familia o amigos hayan hecho por sus medicamentos y los pagos de medicamentos realizados por Extra Help de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, el Servicio de salud para la población indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, las organizaciones de beneficencia y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- **Gasto total del medicamento:** es el total de todos los pagos hechos por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **La información correspondiente a ese mes.** En este informe, se incluyen los detalles del pago de recetas médicas que usted surtió durante el mes previo. Se muestran los costos totales de medicamentos, lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y los pagos que hicieron otros en su nombre.
- **Totales del año desde el 1.º de enero.** Aquí se muestran los costos y los pagos totales de los medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Aquí se muestra el precio total del medicamento y la información sobre los cambios de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta médica de la misma cantidad.
- **Medicamentos alternativos disponibles de menor costo.** Se incluye información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta médica si corresponde.

Sección 3.1 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 por ellos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. A continuación, verá cómo puede ayudarnos a mantener esta información correcta y actualizada:

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

- Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle al plan que pague la parte del costo que le corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos la información de los pagos que otros hayan realizado en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan como gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA, el Servicio de Salud para la población indígena y las organizaciones de beneficencia cuentan como gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Consulte el informe por escrito que le enviamos.** Al recibir la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede elegir ver la EOB de la Parte D en línea en lugar de recibirla por correo. Visite **kp.org/goinggreen** (cambie el idioma a español) y regístrese para obtener más información sobre cómo elegir ver su *EOB* de la Parte D de manera segura en línea. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducibles para Kaiser Permanente Senior Advantage

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

SECCIÓN 5 La etapa de cobertura inicial

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

Durante la etapa de cobertura inicial, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de los medicamentos cubiertos y usted paga la que le corresponde a usted (el monto de su copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar en el que surta la receta médica.

Nuestro plan tiene seis niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se incluyen en uno de estos seis niveles de costo compartido. Por lo general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1** de costo compartido para medicamentos genéricos preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- **Nivel 2** de costo compartido para medicamentos genéricos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).

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

Para ver a qué nivel de costo compartido corresponde su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no pertenece a la red de nuestro plan. Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no son de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.4, para conocer cuándo cubrimos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red.
- El servicio de farmacia por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas médicas, consulte el capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* de nuestro plan (**kp.org/directory**) (cambie el idioma a español).

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

Durante la etapa de cobertura inicial, su parte del costo de un medicamento cubierto será un copago o un coseguro.

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

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

Sus costos por un suministro de *un mes* de un medicamento cubierto

Nivel	**Costo compartido minorista dentro de la red**	**Costo compartido de pedidos por correo**	**Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)**	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles).
	(suministro de hasta 30 días)	(suministro de hasta 30 días)	(suministro de hasta 31 días)	(suministro de hasta 30 días)
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (Todos los planes)	**$0**			
Nivel 2: medicamentos genéricos • Inland Empire • Inland Empire Value • Kern County Basic • Los Angeles and Orange Counties • Los Angeles and Orange Counties Value	**$0**			
• Kern County Enhanced • San Diego County • San Diego County Value • Ventura County • Ventura County Value	**$5**			
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos* (Todos los planes)	**$47**			

Nivel	**Costo compartido minorista dentro de la red** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de pedidos por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 4: medicamentos no preferidos* (Todos los planes)	**$100**			
Nivel 5: medicamentos especializados* • Inland Empire • Inland Empire Value • Kern County Basic • San Diego County Value • Ventura County • Ventura County Value	**Coseguro del 31%**			
• Kern County Enhanced	**Coseguro del 32%**			
• Los Angeles and Orange Counties • Los Angeles and Orange Counties Value • San Diego County	**Coseguro del 30%**			

Nivel	**Costo compartido minorista dentro de la red**	**Costo compartido de pedidos por correo**	**Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)**	**Costo compartido fuera de la red** (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles).
	(suministro de hasta 30 días)	(suministro de hasta 30 días)	(suministro de hasta 31 días)	(suministro de hasta 30 días)
Nivel 6: vacunas inyectables de la Parte D (Todos los planes)	**$0**	**La opción de pedidos por correo no está disponible para medica-mentos del Nivel 6.**	**$0**	

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

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información acerca del costo compartido por las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico 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 recetado cubre el suministro para un mes completo. Es posible que en algunas ocasiones usted o su médico deseen un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro para menos de un mes, si eso le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si le corresponde un coseguro, deberá pagar un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento lo será también.
- Si le corresponde un copago por el medicamento, solo deberá pagar por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de por un mes entero. Calculamos el monto que deberá pagar por día por su medicamento (la tarifa diaria del costo compartido) y la multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 100 días.

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

Sus costos por un suministro a largo plazo (hasta 100 días) de un medicamento cubierto de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red)		Costo compartido de pedidos por correo	
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días
Nivel 1: medicamentos genéricos preferidos (Todos los planes)	**$0**			
Nivel 2: medicamentos genéricos • Inland Empire • Inland Empire Value • Kern County Basic • Los Angeles and Orange Counties • Los Angeles and Orange Counties Value	**$0**			

Nivel	Costo compartido minorista (dentro de la red)		Costo compartido de pedidos por correo	
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 100 días
• Kern County Enhanced • San Diego County • San Diego County Value • Ventura County • Ventura County Value	**$10**	**$15**	**$10**	
Nivel 3: medicamentos de marca preferidos* (Todos los planes)	**$94**	**$141**	**$94**	
Nivel 4: medicamentos no preferidos* (Todos los planes)	**$200**	**$300**	**$200**	
Nivel 5: medicamentos especializados* • Inland Empire • Inland Empire Value • Kern County Basic • San Diego County Value • Ventura County • Ventura County Value	**Coseguro del 31%**			
• Kern County Enhanced	**Coseguro del 32%**			
• Los Angeles and Orange Counties • Los Angeles and Orange Counties Value • San Diego County	**Coseguro del 30%**			
Nivel 6: vacunas inyectables de la Parte D (Todos los planes)	**El suministro a largo plazo no está disponible para los medicamentos de nivel 6.**			

*Por cada producto de insulina cubierto, usted no pagará más de lo siguiente:

- **$70** para hasta un suministro de 2 meses de medicamentos al por menor o para pedido por correo de Nivel 3, 4 y 5
- **$105** para hasta un suministro de 3 meses de medicamentos al por menor de Nivel 3, 4 y 5 y de medicamentos para pedido por correo de Nivel 4 y 5
- **$94** para hasta un suministro de 3 meses de medicamentos para pedido por correo de Nivel 3

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo durante el año alcancen los $2,400

Usted permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el total de sus gastos de bolsillo alcance los **$2,400**. Luego, pasará a la etapa de cobertura catastrófica.

La *EOB de la Parte D* que recibirá lo ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros gastaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de $2,400 en un año.

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

SECCIÓN 6 La etapa de cobertura catastrófica

Durante la etapa de cobertura catastrófica, los medicamentos cubiertos de la Parte D no tienen costo. Usted ingresa a la etapa de cobertura catastrófica una vez que sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **$2,400** en un año calendario. Una vez que llega a la etapa de cobertura catastrófica, permanece en esa etapa durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027* de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted. Consulte la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2027* o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

La cobertura de las vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

- La primera parte es el costo de la **vacuna**.
- La segunda parte es el costo de la **aplicación de la vacuna**. (Esto a veces se llama "administración de la vacuna").

El costo de las vacunas de la Parte D depende de 3 factores:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
    - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D y no tiene ningún costo para usted.
2. **Dónde se aplica la vacuna.**
    - La vacuna puede colocarse en una farmacia o en el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
    - Es posible que un farmacéutico u otro proveedor administre la vacuna en la farmacia. O bien puede administrársela un proveedor en el consultorio del médico.

Lo que paga en el momento en que se le administra la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en la que esté.

- Cuando se le administra la vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como de la administración de la vacuna por parte del proveedor. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando reciba una vacuna, solo deberá pagar la parte del costo que le corresponde según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no deberá pagar nada.

A continuación, le presentamos 3 ejemplos de formas de obtener una vacuna de la Parte D.

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no deberá pagar nada.

- Para otras vacunas de la Parte D, usted deberá pagar a la farmacia su copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de su aplicación.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando le apliquen la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de la vacuna en sí y el del proveedor que se la administre.
- Luego puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, le reembolsarán el monto total que haya pagado. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que haya pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no deberá pagar nada por la vacuna.
- Para otras vacunas de la Parte D, deberá pagar a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le aplique la vacuna, es posible que deba pagar el costo total del servicio.
- Luego puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D, le reembolsarán el monto total que haya pagado menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

NOTA IMPORTANTE: Las vacunas cubiertas de la Parte D son sin cargo al igual que su aplicación. Sin embargo, es posible que haya cargos por la consulta si se administran durante una visita al consultorio médico.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, podría ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, es posible que note que paga más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, usted puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (le reembolse). Siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso.
Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o por más de su parte de costo compartido. Primero, intente resolver la facturación con el proveedor. Si no funciona, en lugar de pagar la factura, envíenosla. Nosotros analizaremos la factura y determinaremos si los servicios deberán cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.
Si decidimos no pagarlos, le notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más que el costo compartido permitido por el plan. Si este proveedor está contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido:

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

   Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, sin importar si el proveedor pertenece a nuestra red o no. En estos casos,

   - Usted solo debe pagar su parte del costo por los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia.

- Si usted paga la totalidad del monto al momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte que nos corresponde. Envíenos la factura junto con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura del proveedor que le pida un pago que usted cree que no debe. Envíenos esa factura junto 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 a usted, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos la parte que nos corresponde.

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

Los proveedores de la red siempre nos facturan directamente y solo le cobran a usted la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces, cometen un error y le envían una factura por una cantidad mayor.

- Usted solo debe pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes, lo que se denomina **facturación del saldo**. Esta protección (que consiste en no pagar más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso 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.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que es por un costo mayor al 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 y cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que hizo y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

4. Cuando surte una receta en una farmacia fuera de la red

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que ofrecemos cobertura en farmacias fuera de la red solamente en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia que no es de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no tiene consigo la tarjeta de membresía del plan

Si no tiene la tarjeta de membresía del plan consigo, puede pedir a la farmacia que se comunique con nosotros o que busque su información de inscripción en nuestro plan. Si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita rápidamente, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta.

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le reembolsemos el costo total si el precio en efectivo que pagó es más alto que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que deba pagar el costo total de un medicamento recetado al enterarse de que, por algún motivo, el medicamento no tiene cobertura.

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

Si envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si cubriremos el servicio o el medicamento. Esto se llama tomar una **decisión de cobertura**. Si decidimos cubrirlo, pagaremos nuestra parte del costo del servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 tiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido

Para solicitarnos el reembolso, puede enviarnos una solicitud por escrito. Si la envía por escrito, envíela junto con la factura y los comprobantes de todos los pagos que haya realizado. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y de los 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio, concepto o medicamento.

Para asegurarse de enviar toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamo a fin de solicitar un pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido.
- Para presentar un reclamo a fin de solicitar el pago, puede llenar y enviar nuestro formulario electrónico disponible en **kp.org/espanol**, así como subir los comprobantes de respaldo.
- Descargue una copia del formulario desde nuestro sitio web (**kp.org/espanol**) o llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite que le envíen el formulario. Envíe el formulario lleno a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación.
- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago al enviarnos la siguiente información a la dirección del Departamento de Reclamos que se menciona a continuación:
- Una declaración con la siguiente información:
    - su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia médica/clínica
        - fecha en la que recibió los servicios
        - lugar donde recibió los servicios
        - quién le prestó los servicios
        - por qué considera que deberíamos pagar los servicios
        - su firma y la fecha en la que se firmó (si desea que alguien más presente la solicitud en su nombre, también necesitaremos el formulario *Appointment of Representative* (Designación de representante) lleno, disponible en **kp.org/espanol**)
        - una copia de la factura, su historia clínica por estos servicios y su recibo si pagó por los servicios.

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

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

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

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

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí” o “no”

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. De no ser así, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo el medicamento de una farmacia fuera de la red farmacia o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos el reembolso de nuestra parte del costo por correo postal. Si aún no ha pagado el costo del servicio o medicamento, enviaremos el pago directamente al proveedor por correo postal.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no están cubiertos, o que usted no cumplió con todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta en la que explicaremos las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le respondemos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o del medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que pagamos, puede presentar una apelación. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión de denegar la solicitud de pago que tomamos. La apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información acerca de cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

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

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, de teletipo o TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en idiomas que no son inglés, incluso en español, y, si lo necesita, en letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos sin ningún costo. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (si es usuario de TTY, llame al **711**).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan buscar proveedores fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de la red de nuestro plan que cubran el servicio que necesita, llame a nuestro plan para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para ver a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame a Servicio a los Miembros para presentar una queja formal al **1-800-443-0815** (si es usuario de TTY, llame al **711**). También puede presentar una queja informal en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al **1-800-368-1019** o al TTY **1-800-537-7697**.

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

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

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English-speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and large font, braille, audio file, or data file at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at **1-800-443-0815** (TTY users call **711**).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services. If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost-sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost-sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services at **1-800-443-0815** (TTY users call **711**). You can also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) or directly with the Office for Civil Rights **1-800-368-1019** or TTY **1-800-537-7697**.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia, así como a los demás proveedores que se describen en la sección 2.2 del capítulo 3.

Tiene derecho a hacer citas y recibir los servicios cubiertos de la red de proveedores de nuestro plan *en un plazo razonable.* Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando necesita dicha atención. También tiene derecho a que le surtan o vuelvan a surtir sus medicamentos recetados en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos largos.

Si cree que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable de tiempo, en el capítulo 9 le explicamos lo que puede hacer.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en el plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Usted tiene derechos en lo que respecta a sus datos y al control de cómo se utiliza su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado *Aviso sobre prácticas de privacidad*, en el cual 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 su historia clínica o la modifique.
- Con excepción de las circunstancias que se describen a continuación, si planeamos darle su información médica a alguien que no le esté brindando atención o pagando por ella, *primero tenemos la obligación de obtener su permiso por escrito o el de alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.*
- Existen ciertas excepciones que no requieren que obtengamos su permiso por escrito primero. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes.
    - Tenemos la obligación de revelar la información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
    - Ya que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también tenemos el deber de compartir su información médica con Medicare, incluida la información relacionada con sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales; por lo general, se exige que la información que permita identificarle no se comparta.

Tiene derecho a ver la información que aparece en su historia clínica y a saber cómo se comparte con otros

Usted tiene derecho a ver su historia clínica, que está en manos de 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 llevarse a cabo.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información médica con terceros para cualquier fin que no sea de rutina.

Si tiene preguntas o dudas acerca de la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a solicitar y recibir distintos tipos de información sobre nosotros.

Si desea obtener la siguiente información, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Tiene derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red y saber cómo les pagamos a los proveedores que están en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al utilizarla.** En los Capítulos 3 y 4 encontrará información sobre servicios médicos. En los capítulos 5 y 6 encontrará información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.** En el capítulo 9, encontrará información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso, o por qué se aplica algún tipo de restricción. En el Capítulo 9 también encontrará información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

Sección 1.5 Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento disponibles y a participar en las decisiones sobre su atención

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 los siguientes:

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a que los miembros administren y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados con su atención. Deben notificarle por adelantado si algún 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 le recomienden. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.

Tiene derecho a dar instrucciones acerca de qué desea que se haga si no puede tomar sus propias decisiones médicas

A veces, como consecuencia de un accidente o una enfermedad grave, las personas pueden quedar imposibilitadas 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 hacer lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar en estas situaciones para transmitir sus instrucciones por adelantado se denominan instrucciones anticipadas. Los documentos llamados testamento vital y poder legal para la atención médica son dos ejemplos.

Cómo establecer instrucciones anticipadas:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado o un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para pedir los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** No importa dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Considere pedir a un abogado que le ayude a redactarlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas correspondientes.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona a la que nombre en el formulario para que tome decisiones en su nombre en caso de que usted no pueda hacerlo. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó un formulario de instrucciones anticipadas, **lleve una copia al hospital**.

- En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de instrucciones anticipadas, en el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones anticipadas (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo por haber firmado o no un formulario de instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si usted firma un formulario de instrucciones anticipadas y considera que un médico o el hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja informal ante la Organización para el mejoramiento de la calidad que aparece en la sección 4 del capítulo 2.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos decisiones que ya tomamos

Si tiene algún problema o alguna duda o queja informal y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el Capítulo 9 de este documento se indica qué puede hacer. **Tenemos la obligación de brindarle un trato justo**, ya sea que pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja informal.

Sección 1.7 Si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos

Si cree que no ha recibido un trato justo, su dignidad no ha sido reconocida o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, salud, etnia, 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** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**) o a la Oficina de Derechos Civiles local.

Si cree que no ha recibido 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:

- **Llame a Servicio a los Miembros a 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al **1-800-434-0222**.
- **Llame a Medicare** al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Cómo obtener información sobre sus derechos:

- **Llame a Servicio a los Miembros a 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local** al **1-800-434-0222**.
- **Comuníquese con Medicare**
    - Visite **es.medicare.gov** para leer la publicación *Medicare Rights & Protections (Derechos y protecciones de Medicare)* (disponible en: **Derechos y protecciones de Medicare**).
    - Llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**)

Sección 1.9 Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

El rápido cambio de la tecnología afecta la atención médica y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico genera beneficios a largo plazo, nuestro plan monitorea y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos y dispositivos médicos, además de nuevos medicamentos.

Sección 1.10 Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Si tiene sugerencias, por favor, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Consulte a continuación lo que debe hacer como miembro de nuestro plan. Llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Consulte en esta *Evidencia de Cobertura* qué servicios tienen cobertura y qué normas debe cumplir para obtenerlos.
    - En los Capítulos 3 y 4 encontrará información detallada acerca de los servicios médicos.
    - En los capítulos 5 y 6, encontrará una descripción de su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura médica o de medicamentos además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
    - En el Capítulo 1 hay información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba atención médica o compre medicamentos de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a brindarle una mejor atención; proporcióneles toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
    - Para obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros proveedores de atención médica acerca de sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus médicos.
    - Asegúrese de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento que se establecieron de común acuerdo con sus proveedores, siempre que sea posible.
    - Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, asegúrese de formularlas y de obtener respuestas comprensibles.

- **Tenga consideración.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
  - Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
  - En relación con la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos que cubre nuestro plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
  - Si tiene que pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagándole directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio *sin salir* del área de servicio del plan**, avísenos para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si cambia de domicilio *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de este plan.**
- **Si cambia de domicilio, debe informar al Seguro Social (o a la Junta de jubilación de empleados ferroviarios).**

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una duda

En este capítulo se explican 2 tipos de procesos para solucionar problemas y dudas:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros, debe usar el **proceso para presentar quejas informales** (también llamadas quejas formales).

Ambos procesos fueron aprobados por Medicare. Cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a nosotros como a usted.

La información que figura en este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo tienen nombres legales. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para mayor facilidad, este capítulo utiliza palabras más conocidas en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarle a saber qué términos debe usar para obtener la ayuda o información adecuada, al explicar los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido estos términos legales.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Siempre debe llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener ayuda. En ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son las siguientes:

Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarlo a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP son sin costo. Puede comunicarse con HICAP (California's SHIP) al **1-800-434-0222** (TTY **711**).

Medicare

Puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

- Llame a **1-800-633-4227**, las 24 horas al día, los 7 Los usuarios TTY deben **1-877-486-2048**
- O visite **Medicare.gov**.

SECCIÓN 3 Qué proceso debe utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud se relaciona con los beneficios o la cobertura?

Esto incluye problemas relacionados con la cobertura de la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B), la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Consulte la **Sección 4, Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.**

No.

Consulte la Sección 10 Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, Servicio al Cliente y otros temas.

Apelaciones y decisiones de cobertura

SECCIÓN 4 Lo Esencial sobre Apelaciones y Decisiones de Cobertura

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de Medicare Parte B como atención médica. Usted usa el proceso de decisiones de cobertura y apelación para problemas como cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Solicitud de decisiones de cobertura antes de obtener los servicios

Si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan le da un referido a un médico especialista que no está dentro de la red, el referido se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación normal para este médico especialista o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura, en caso de que su médico no esté seguro de si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso para explicar por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que cierta atención médica no tiene cobertura o que ya no se le cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que tomamos.

En determinadas circunstancias, puede solicitar una **apelación acelerada** o rápida de una decisión de cobertura. Su apelación estará a cargo de revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando presenta una apelación por primera vez, esto se llama apelación de nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión de cobertura que tomamos para analizar si se cumplieron las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le damos a conocer nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación de nivel 1 será desestimada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso para explicarle por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si denegamos total o parcialmente su apelación de nivel 1 de atención médica, su apelación automáticamente pasará a una apelación de nivel 2 a cargo de una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de nivel 1.
- Consulte la **sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de atención médica de nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está conforme con la decisión tomada en la apelación de nivel 2, es posible que pueda seguir con otros niveles de apelación (en este capítulo se explican los procesos de apelación de nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Obtenga ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presenta una apelación

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicio a los Miembros a 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda sin costo** del Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico.

- **Solo usted puede hacer esta solicitud.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Si desea que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) y solicite el formulario *Designación de representante* (el formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**).

  - Para asuntos de atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de nivel 1 por usted. Si se deniega su apelación en el nivel 1, pasará automáticamente al nivel 2.
  - En el caso de los medicamentos de la Parte D, su médico u otro proveedor de recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 se deniega, su médico o proveedor de recetas puede presentar una apelación de nivel 2.

- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Puede nombrar a otra persona como su representante para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.

  - Si desea que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a **1-800-443-0815** los Miembros y solicite el formulario de *Designación de* representante (el formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** o en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**). Este formulario autoriza a la persona designada a actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
  - Podemos aceptar una solicitud de apelación del representante sin el formulario, pero no podemos completar nuestra revisión hasta que lo recibamos. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación se rechazará. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de denegar su solicitud.

- **También tiene derecho a contratar un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno por medio del colegio local de abogados o de otro servicio de referencias. Existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, si desea solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación, **no es obligatorio contratar a un abogado**.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Hay cuatro situaciones diferentes que se relacionan con las decisiones de cobertura y las apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. A continuación, detallamos cada una de estas situaciones:

- **SECCIÓN 5:** Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
- **Sección 6:** Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7:** Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de la hospitalización si considera que le dan de alta muy pronto
- **Sección 8:** de este capítulo. Cómo solicitarnos que continuemos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina muy pronto (*solo se aplica a estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y atención en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF])

Si no tiene la certeza de qué información se aplica a su caso, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). También puede solicitar ayuda o información a su SHIP.

SECCIÓN 5 Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos la parte del costo de su atención que nos corresponda pagar

Sus beneficios de atención médica se describen en la Tabla de Beneficios Médicos del capítulo 4. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

1. No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagarlos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir y desea solicitar a nuestro plan que reembolse el costo de esa atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se cancelará corresponde a atención hospitalaria, atención de salud domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), consulte las secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Cuando la decisión de cobertura se relaciona con la atención médica, se llama **determinación de la organización.**

Una decisión acelerada de cobertura se denomina **determinación acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión acelerada de cobertura.

Una decisión normal sobre la cobertura se suele tomar en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a las normas de autorización previa, de 14 días calendario en el caso de todos los demás artículos o servicios médicos, o de 72 horas en el caso de los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura se suele tomar entre 24 horas para los medicamentos de la Parte B y 72 horas para los servicios médicos. Para obtener una decisión rápida sobre la **cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:**

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida *sobre* la cobertura solo si el uso de los plazos estándar podría afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.

Si su médico nos informa que se requiere una decisión acelerada de cobertura debido a su salud, aceptaremos automáticamente proporcionársela.

Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere dicha decisión. Si no aprobamos la decisión acelerada de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:

- Que utilizaremos los plazos normales.
- Que, si su médico solicita la decisión acelerada de cobertura, se la daremos automáticamente.
- Que puede presentar una queja informal acelerada sobre nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en lugar de la decisión acelerada que solicitó.

Paso 2: solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión acelerada de cobertura.

- Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El Capítulo 2 contiene la información de contacto.

Paso 3: consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos una respuesta.

Para las decisiones normales sobre la cobertura, utilizamos los plazos normales.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que esté sujeto a nuestras normas de autorización previa. Si el artículo o servicio médico que solicitó no está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que le pueda beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.
- Si cree que no *deberíamos* tardar más días, puede presentar una queja *informal* acelerada. Le responderemos la queja cuando tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se usa para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas informales).

Para tomar una decisión acelerada de cobertura, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión acelerada de cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **Sin embargo,** si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que le pueda beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.
- Si cree que no deberíamos *tardar* más días, puede presentar una queja informal acelerada. (Consulte la Sección 10 para obtener información sobre quejas informales). Le llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

Paso 4: si denegamos su solicitud de cobertura de atención médica, usted puede apelar.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto significa volver a pedir la cobertura de la atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

Una apelación presentada ante nuestro plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se llama **reconsideración** del plan.

Una apelación acelerada también se llama **reconsideración acelerada.**

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 30 días o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de su atención, usted o su médico deberán decidir si necesita una apelación acelerada. Le proporcionaremos una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su salud.

- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se deben cumplir para una decisión acelerada de cobertura y se describen en la Sección 5.2.

Paso 2: solicite a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Si solicita una apelación acelerada, hágalo por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión de cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique por qué presenta su apelación con retraso cuando lo haga. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió 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 relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: analizamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando el plan revisa su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Para una apelación acelerada:

- Para apelaciones aceleradas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.** Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
    - Si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que le pueda beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.

- Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al finalizar el plazo extendido si tardamos más días), tenemos la obligación de enviar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones normales, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento de la Parte B que aún no recibió, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
  - Si nos solicita más tiempo o si necesitamos más información que le pueda beneficiar, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de Medicare Parte B.
  - Si cree que no deberíamos tardar más días, puede presentar una queja acelerada. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas informales).
  - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación. En la Sección 5.4, se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar** o proporcionar la cobertura a más tardar en un plazo de 30 días calendario si solicitó un servicio o artículo médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

- **Si nuestro plan deniega una parte o la totalidad de su apelación,** enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Sección 5.4 El proceso de apelación de nivel 2

Término legal:
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces, se le conoce como **IRE.**

La **organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia gratis del expediente del caso.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a facilitar a la organización de revisión independiente toda información adicional que respalde su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Si presentó una apelación acelerada de nivel 1, también tendrá una apelación acelerada de nivel 2.

- En el caso de la apelación acelerada, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que la reciba.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente debe recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más.** Si se toma días adicionales, se lo comunicarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Si presentó una apelación normal de nivel 1, también tendrá una apelación normal de nivel 2.

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que la recibe. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de nivel 2 a más **tardar 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente debe recopilar más información que pueda beneficiarle, **puede tardar hasta 14 días calendario más**. Si se toma días adicionales, se lo comunicarán por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento de la Parte B.

Paso 2: la organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de atención médica **en plazo de 72 horas** o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión **para las solicitudes estándar**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento **en plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar.** En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización deniega una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama **respaldar la decisión** o **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:
    - Una explicación de la decisión.
    - Una notificación sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica que solicita alcanza un mínimo determinado. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelación.
    - Una explicación sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelación (un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de nivel 3, consulte las instrucciones detalladas sobre cómo hacerlo que se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 se explica el proceso de apelación de nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si recibe una factura por atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde

En el capítulo 7, se describe cuándo es posible que usted necesite pedir un reembolso o que paguemos por una factura que recibió de un proveedor. Allí también se explica cómo debe enviarnos la documentación necesaria para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para pedir un reembolso, solicita una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las normas sobre la cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** si la atención médica tiene cobertura y usted siguió las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de entre 30 y 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud. Si aún no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** si la atención médica no está cubierta *o* usted no *siguió todas* las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Esto significa que nos estará pidiendo que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelación que se describe en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tome en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada.

- Si la organización de revisión independiente resuelve que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si se acepta su apelación en cualquier etapa del proceso de apelación después del nivel 2, debemos enviarle el pago solicitado a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que gastó en un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para tener cobertura, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Consulte el capítulo 5 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico). Para ver los detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** Para evitar confusiones, por lo general, decimos medicamento por el resto de esta sección, en vez de repetir cada vez *medicamento recetado cubierto para pacientes externos* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término “Lista de medicamentos” en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Lista completa de medicame 2027 cubiertos de 2025*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal:
Una decisión inicial de cobertura de sus medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos que reciba. En esta sección se indica qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la Lista completa de *medicamentos cubiertos de 2027*. **Pedir una excepción. Sección 6.2**

- Pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener con autorización previa o el requisito de probar otro medicamento primero). **Pedir una excepción. Sección 6.2**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Nos solicita la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento recetado que ya compró. **Solicitarnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones.

Sección 6.2 Cómo solicitarnos una excepción

Términos legales:

Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos es una excepción a la lista de medicamentos **recetados disponibles**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una excepción a la lista de medicamentos **recetados disponibles**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otro proveedor de recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. A continuación, se muestran 3 ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional prescriptor que receta pueden solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que corresponde a medicamentos del nivel 5 para medicamentos para uso especializado o del nivel 2 para medicamentos genéricos. No puede solicitar una excepción para no pagar el monto del costo compartido que le corresponde para recibir el medicamento.

2. **Cómo eliminar la restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y renunciar a una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del costo compartido que le exigimos pagar por el medicamento.
3. **Cómo cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en uno de los seis niveles de costo compartido. En términos generales, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.

- Si la Lista de medicamentos incluye 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 con el monto del costo compartido que corresponde a esos medicamentos alternativos.
- Si el medicamento que toma es un producto biológico puede pedirnos que cubramos el medicamento a un monto menor del costo compartido. Esto sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que lo cubramos por el monto de costo compartido que corresponde al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de nivel 5 (medicamentos para uso especializado).
- 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 Cosas importantes que debe saber sobre las solicitudes de excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional prescriptor nos debe proporcionar una declaración que explique los motivos médicos de la solicitud de una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro proveedor de recetas al solicitar la excepción.

Nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección determinada. Estas diversas opciones se llaman medicamentos **alternativos**. En general, no aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos solicita una excepción de nivel, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles más bajo de costo compartido no le resultan tan eficaces o probablemente que le causen una reacción negativa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general, la aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan. Así será siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud, puede presentar una apelación para solicitar otra revisión.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:
Una decisión acelerada de cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura.**

Paso 1: decida si necesita una decisión estándar de cobertura o una decisión acelerada de cobertura.

Las decisiones normales sobre la cobertura se toman en un plazo de **72 horas** después de que recibamos su solicitud. **Las decisiones aceleradas de cobertura** se toman en un plazo de **24 horas** después de que recibamos su solicitud.

Si es necesario debido a su salud, solicítenos una decisión acelerada de cobertura.
Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con 2 requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión acelerada de cobertura para que le devuelvan el dinero de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su bienestar.
- **Si su médico u otro profesional prescriptor nos informan que su estado de salud requiere una decisión acelerada de cobertura, se la daremos automáticamente.**

- **Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional prescriptor, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión acelerada de cobertura.** Si no aprobamos la decisión acelerada de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
  - Que utilizaremos los plazos normales.
  - Que si su médico u otro profesional prescriptor solicita la decisión acelerada de cobertura, se la daremos automáticamente.
  - Que puede presentar una queja informal acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión estándar de cobertura en vez de la decisión acelerada de cobertura que solicitó. Responderemos a su queja informal en las 24 horas siguientes a su recepción.

Paso 2: solicite una decisión normal sobre la cobertura o una decisión acelerada de cobertura.

Empiece por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (**kp.org/espanol**). El Capítulo 2 contiene la información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, información de contacto e información que muestre qué reclamo denegado se está apelando.

Tanto usted como su representante o su médico (u otro proveedor de recetas) pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. En la Sección 4 se explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, incluya la declaración de respaldo** que contenga los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro proveedor de recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O el médico u otro profesional prescriptor también pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

Paso 3: consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

Plazos para una decisión acelerada de cobertura

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión normal de cobertura acerca de un medicamento que aún no recibió

- Por lo general, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
  - En el caso de excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

Plazos para una decisión estándar de cobertura sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud,** también tenemos la obligación de pagarle en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: si denegamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto significa volver a pedir la cobertura del medicamento que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de nivel 1

Términos legales:

Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación del plan**.

Una apelación acelerada también se conoce **como reconsideración acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación normal se suele presentar en un plazo de 7 días calendario. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada.

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

Paso 2: usted, su representante, médico u otro profesional prescriptor deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una apelación acelerada.

- **En el caso de las apelaciones normales, presente una solicitud por escrito.** El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Para apelaciones aceleradas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-800-443-0815**. El capítulo 2 contiene la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (**kp.org/espanol**). Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión de cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene un buen motivo para no haberlo hecho, explique por qué presenta su apelación con retraso cuando lo haga. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió 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.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: consideramos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro proveedor de recetas para obtener más información.

Para una apelación acelerada:

- Para apelaciones aceleradas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no ha recibido

- Para apelaciones normales, debemos dar una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición de salud.
    - Si no le informamos una decisión en un plazo de 7 días calendario, tenemos la obligación de enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente. En la Sección 6.6, se explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos brindar la cobertura lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su problema médico, pero, a más tardar, **7 días calendario después** de haber recibido la apelación.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
    - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de su solicitud,** también tenemos la obligación de pagarle **en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos su solicitud.
- **Si denegamos una parte o la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión. También le diremos cómo puede presentar una apelación.

Paso 4: si denegamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra, significa que su apelación pasará al nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de nivel 2

Término legal:
El nombre formal de la organización de revisión independiente es **entidad de revisión independiente.** A veces, se le conoce como **IRE.**

La organización de revisión independiente es una entidad independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros ni es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que hemos tomado es correcta o si hay que cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: usted (o su representante o su médico u otro proveedor de recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si denegamos su apelación de nivel 1, el aviso por escrito que le enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones, se explicará quiénes pueden presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha del aviso por escrito.
- Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable en relación con la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamo a la IRE. Le informaremos por escrito si la solicitud se envía a la organización de revisión independiente.
- 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 gratis del expediente del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- Tiene derecho a facilitar a la organización de revisión independiente toda información adicional que respalde su apelación.

Paso 2: la organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación acelerada

- Si su salud así lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una apelación acelerada.
- Si la organización acepta la apelación acelerada, debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de que reciba su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responderle la apelación de nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha de recepción de la apelación si es por un medicamento que aún usted no ha recibido. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe responder a su apelación de nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de que reciba su solicitud.

Paso 3: la organización de revisión independiente le da una respuesta.

Para apelaciones aceleradas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud,** debemos **proporcionar la cobertura para el medicamento** aprobado por la organización **en un plazo de 24 horas** después de que recibimos la decisión de la organización.

Para apelaciones normales:

- **Si la organización de revisión independiente responde sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **proporcionar la cobertura para el medicamento** aprobado **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que recibimos la respuesta de la organización.
- **Si la organización de revisión independiente responde sí a una parte o a la totalidad de su solicitud de reembolso** para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente responde que no a su apelación?

Si esta organización deniega **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **respaldar la decisión** o **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta con la siguiente información:

- Una explicación de la decisión.
- Una notificación sobre su derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura del medicamento que solicita alcanza un mínimo determinado. 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.
- El valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelación (un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.

La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos que cubramos una extensión de la hospitalización si considera que le darán de alta muy pronto

Cuando es hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos se encargarán de coordinar la atención que pudiera necesitar después de salir del hospital.

- El día que usted sale del hospital se conoce como fecha del **alta hospitalaria**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare en el que se le indicarán sus derechos

En los 2 días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe la notificación de un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídasela a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

1. **Lea cuidadosamente este aviso y pregunte si no entiende algo.** Dígase a usted mismo:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos de Medicare durante su hospitalización y después de ella, según las indicaciones del médico. Esto incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que le están dando de alta del hospital muy pronto. Es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria, de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. **Debe firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.**
   - A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme el aviso.
   - Firmar el aviso demuestra *únicamente* que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha de alta hospitalaria. Firmar el aviso **no significa que usted** acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.

3. **Tenga una copia** del aviso a la mano para consultar la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre una inquietud con la calidad de la atención).
   - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para su alta.
   - Para ver una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicio a los Miembros a **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede obtener el aviso en línea, en **CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Para solicitarnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un periodo más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. El SHIP de California se conoce como Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (**www.aging.ca.gov/HICAP/**). Llame al **1-800-MEDICARE** (**1-800-434-0222**).

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso. La **Organización para la Mejora** de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos*) se explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de irse del hospital y **antes de la medianoche de la fecha del alta hospitalaria.**
  - **Si cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital después de *su* fecha de alta *hospitalaria sin pagar mientras* espera la decisión de la Organización para la Mejora de la Calidad.

- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta hospitalaria, *es posible que deba pagar todos los costos* asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

- Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria. Al mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta hospitalaria**. Este aviso incluye su fecha programada para el alta hospitalaria y una explicación detallada de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que reciba el alta hospitalaria en esa fecha.
- Para obtener un ejemplo del **Aviso detallado de alta hospitalaria**, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) o al **1-800-633-4227**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede obtener un ejemplo del aviso en línea, en **CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im**.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Al mediodía del día siguiente al que los revisores nos comuniquen su apelación, recibirá un aviso por escrito en el que se le indicará la fecha programada para el alta hospitalaria. En este aviso también se explican detalladamente las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: al día siguiente de tener toda la información necesaria, la Organización para la Mejora de la Calidad responderá su apelación.

¿Qué sucede si aceptan su apelación?

- Si la organización de revisión responde que *sí*, **debemos continuar proporcionando sus servicios para pacientes hospitalizados con cobertura durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**

- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Es posible también que se apliquen limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si se deniega la apelación?

- Si la organización de revisión *deniega* su apelación, consideran que la fecha programada para el alta hospitalaria es apropiada 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 siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para la Mejora de la Calidad.

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

- Si la Organización para la Mejora de la Calidad *deniega* su apelación *y* usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al *nivel 2* del proceso de apelación.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que reconsidere la decisión sobre la primera apelación. Si dicha organización rechaza su apelación de nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *deniegue* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación de nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la organización de revisión independiente acepta su apelación:

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte 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 independiente deniega la apelación:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de nivel 1. Esto se llama respaldar la decisión.
- En el aviso que reciba, se explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: si se deniega su apelación, 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 apelación (un total de cinco niveles de apelación). Si desea presentar una apelación de nivel 3, consulte las instrucciones detalladas sobre cómo hacerlo que se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto

Cuando recibe servicios de atención **médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)** con cobertura, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios por ese tipo de atención, siempre y cuando sea necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Debemos informarle con antelación si decidimos que es hora de dejar de cubrirle cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura de 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 8.1 Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura

Término legal:
Aviso de no cobertura de Medicare. Explica cómo puede solicitar una **apelación por vía acelerada.** Solicitar una apelación por la vía acelerada es una manera legal y formal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de proporcionarle atención.

Recibirá un aviso por escrito por lo menos dos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención. El aviso contiene la siguiente información:

- La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
- Cómo presentar una apelación por vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

Usted o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos. Al firmar el *aviso***, usted** solamente demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de proporcionarle atención.

Sección 8.2 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 solicitud por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) para obtener ayuda personalizada. El SHIP de California se conoce como Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (**www.aging.ca.gov/HICAP/**). Comuníquese con SHIBA al **1-800-434-0222**.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización para la Mejora de la Calidad revisa su apelación. Esta entidad decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada. La **Organización para la Mejora** de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas en atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: presente su apelación de nivel 1. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite una apelación *por vía rápida*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se explica cómo puede comunicarse con esta organización. O bien, busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** del *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si se vence el plazo y desea presentar una apelación, es posible que aún tenga otros derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

Término legal:
Explicación detallada de no cobertura. Un aviso que contiene información detallada sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- La organización de revisión independiente también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que reciba de nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nuestra parte la *Explicación detallada de no cobertura* para explicar en detalle por qué finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: en un plazo de un día a partir del momento en que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan su apelación?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores deniegan su apelación?

- Si los revisores *deniegan* su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de rehabilitación integral para *pacientes ambulatorios* (CORF) después de la fecha en que **finaliza su cobertura, entonces deberá pagar el costo** total de la atención.

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

- Si los revisores *responden* que no a su apelación de nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la Organización para la Mejora de la Calidad que reconsidere la decisión sobre la primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención de salud domiciliaria, atención de un centro de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Paso 1: comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la Mejora de la Calidad *deniegue* su apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: la Organización para la Mejora de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: en un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta la apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura de esta** atención en tanto sea necesaria 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 independiente responde que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de nivel 1.
- En el aviso que reciba, se explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, del que se encarga un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: si se deniega su apelación, deberá decidir si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea presentar una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso por escrito que recibe tras la decisión de su apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o abogado adjudicador. En la Sección 9 se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 9 Cómo presentar una apelación de nivel 3, 4 y 5

Sección 9.1 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que reciba a su apelación de nivel 2 encontrará una explicación sobre cómo presentar una apelación de nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma que los primeros dos. Aquí se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un **juez de derecho administrativo** o abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* finalizar.** A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable a usted. Si decidimos apelar, esta decisión pasará a ser una apelación de nivel 4.
  - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en los 60 días calendario siguientes al momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
  - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o abogado adjudicador deniega su apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones *podría* o *no* finalizar.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable a usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
  - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se deniega la apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelación *podría* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con ese proceso.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Apelaciones de nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada si presentó una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 se explica a quién contactar y cómo solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma que los primeros dos. Aquí se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3

Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación finalizará.** Debemos autorizar **o proporcionar la cobertura de medicamentos que** el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado en un **plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si se deniega la apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará lo que debe hacer para una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta la apelación, el proceso de apelación finalizará.** 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 se deniega la apelación, el proceso de apelación *podría* o *no* finalizar.**
  - Si decide aceptar la decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelación finalizará.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo deniega su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso se indicará si, de acuerdo con las normas, puede pasar a una apelación de nivel 5. También le indicará con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si elige seguir adelante con su apelación.

Apelación de nivel 5

Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Cómo presentar quejas informales

SECCIÓN 10 Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, servicio al cliente y otros temas

Sección 10.1 Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas informales

El proceso de quejas informales se utiliza *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. Vea a continuación ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas informales.

Queja informal	Ejemplo
Calidad de la atención médica	• ¿No está satisfecho con la calidad de la atención (incluida la atención que recibió en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, Servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	• ¿Alguien tuvo una actitud grosera con usted o le faltó al respeto? • ¿No está conforme con nuestro Servicio a los Miembros? • ¿Siente que le alientan a dejar el plan?
Tiempos de espera	• ¿Tiene problemas para programar una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, farmacéutico u otro profesional de la salud? ¿O a nuestro Servicio a los Miembros u otro personal del plan? ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen o para obtener una receta.
Limpieza	• ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
Información que recibe de nosotros	• ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Queja informal	Ejemplo
Puntualidad (Estos tipos de quejas informales están relacionados con la *puntualidad* de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, puede presentar una queja informal sobre nuestra lentitud. A continuación, se incluyen algunos ejemplos: • Puede presentar una queja informal si *nos solicitó una* decisión acelerada *de cobertura* o una apelación acelerada y le respondimos que no. • Si cree que no cumplimos los plazos de las decisiones de cobertura o de las apelaciones, puede presentar una queja informal. • Si cree que no cumplimos los plazos para cubrirle o reembolsarle determinados artículos, servicios médicos o medicamentos aprobados, puede presentar una queja informal. • Si cree que no respetamos los plazos necesarios para enviarle su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja informal.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja informal

Términos legales:

A las **quejas informales** también se les llama **quejas formales**.

Presentar una queja informal también se llama **presentar una queja formal**.

Utilizar el proceso de quejas informales también se denomina **utilizar el proceso para presentar quejas formales**.

Una **queja informal acelerada** también se conoce como **queja formal acelerada**.

Paso 1: comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo.

- **Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Le informarán si es necesario que haga algo más.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su queja informal por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, daremos respuesta a su queja informal por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja se relaciona con la calidad de la atención.

- **Si tiene una queja informal, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja informal por teléfono, usaremos un procedimiento formal para revisarla. Su queja formal debe explicar su inquietud; debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte el capítulo 2 para saber con quién debe comunicarse si tiene una queja.
    - Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja informal. Es posible que ampliemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita una extensión 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 agilizar una decisión de cobertura o una apelación por atención o artículos médicos, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión de cobertura o una apelación por atención o artículos médicos. Debemos responder su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas.**
- **El plazo** para presentar una queja informal es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema por el que quiere quejarse.

Paso 2: revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja, tal vez podamos responderle durante la llamada.
- **La mayoría de las quejas informales se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si usted solicita más tiempo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder su queja informal. Si decidimos tomarnos más días, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja informal porque rechazamos su solicitud de una decisión acelerada de cobertura o una apelación acelerada, automáticamente trataremos su solicitud como una queja informal acelerada.** Si presenta una queja informal acelerada, le responderemos en **un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja informal, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas informales sobre la calidad de la atención ante la Organización para el mejoramiento de la calidad

Cuando su queja informal se refiere a *la calidad de* la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja informal directamente ante la Organización para el mejoramiento de la calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene la información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja informal tanto ante la Organización para el mejoramiento de la calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja informal

Puede presentar una queja informal sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para enviar una queja informal a Medicare, diríjase a **https://es.medicare.gov/my/medicare-complaint**. También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Capítulo 10:
Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Se puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma **voluntaria** (por elección suya) o de forma **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- Puede dejar nuestro plan si así lo ha decidido. En las Secciones 2 y 3 se brinda información sobre la cancelación voluntaria de la membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que debemos cancelar su membresía. En la Sección 5 hay información sobre las situaciones en que debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted debe continuar pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el periodo de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **periodo de inscripción abierta cada año**. En este periodo, revise su cobertura de atención médica y de medicamentos a fin de decidir sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El periodo de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Puede elegir conservar su cobertura actual o modificarla para el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los tipos de planes siguientes:
  - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
  - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
  - Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
    - Si elige esta opción, Medicare podrá inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience 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

Puede hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El periodo de inscripción abierta anual de** Medicare Advantage es del 1.º de enero al 31 de marzo y también, para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan de MA, desde el mes de elegibilidad de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de elegibilidad.
- **Durante el periodo de inscripción abierta anual de Medicare Advantage, usted puede** hacer lo siguiente:
    - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
    - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura con Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos de Medicare al mismo momento.
- **Su membresía finalizará el** primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros periodos del año. Esto se conoce como **periodo de inscripción especial**.

Es posible que reúna los requisitos para cancelar su membresía durante un periodo de inscripción especial si alguna de las situaciones siguientes corresponde a su caso. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, llame a Medicare o visite **es.Medicare.gov**.

- Normalmente, cuando cambia de domicilio
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para recibir Extra Help para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si infringimos nuestro contrato con usted
- Si recibe atención en una institución, como un centro de adultos mayores o un hospital de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para Adultos Mayores (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Nota: Si usted es parte de 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.

Los periodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si es elegible para un periodo de inscripción especial, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si cumple con los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede escoger lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos.
- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare
- Original Medicare *sin* un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare

Nota: Si usted cancela su afiliación a una cobertura de medicamentos de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía finalizará normalmente** el primer día del mes siguiente al que recibamos su solicitud de cambio de plan.
- **Si recibe Extra Help de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: si usted se** cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Sección 2.4 Cómo obtener más información sobre los periodos en los que puede cancelar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo cancelar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicio a los Miembros a 1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encontrar la información en su folleto ***Medicare y usted 2027.***
- Llame a **Medicare** al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**). Los usuarios TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

En la tabla siguiente, se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar de nuestro plan a:	Siga estas indicaciones:
Otro plan de salud de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare	• Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare sin un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción.** Llame a Servicio a los Miembros **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para obtener más información sobre cómo hacer esto. • También puede llamar a **Medicare** al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) y solicitar que se cancele su inscripción. Los usuarios de la Línea TTY deben llamar al: **1-877-486-2048**. • Su inscripción a nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo servicios, artículos médicos y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- **Continúe obteniendo la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.**
- **Siga utilizando nuestras farmacias de la red o el servicio de pedido por correo para surtir sus recetas médicas.**
- **Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan cubrirá la hospitalización hasta que reciba el alta hospitalaria** (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A ni Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si ha sido miembro de nuestro plan en forma ininterrumpida desde antes de enero de 1999 y estuvo viviendo fuera de nuestra área de servicio antes de enero 1999, igualmente es elegible para nuestro plan, siempre y cuando no se haya mudado desde antes de enero de 1999. Sin embargo, si se muda a un lugar fuera de nuestra área de servicio, se cancelará su inscripción en nuestro plan.
- Si le encarcelan (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos ni un no ciudadano elegible.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.

- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso de Medicare).
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado que nos dificulte brindar atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero un permiso 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 un permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar que el inspector general investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos.

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que cancele su inscripción en nuestro plan por una razón relacionada con su salud, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**).
Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos por los que lo hacemos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o una queja informal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

Capítulo 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación vigente

La principal ley que corresponde a este documento *de Evidencia de* Cobertura es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en virtud de la Ley del Seguro Social. También se podrían aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento.

SECCIÓN 2 Aviso contra la discriminación

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamos, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del **Departamento de Salud y Servicios Humanos** al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en **hhs.gov/ocr/index.html**.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Si tiene alguna queja informal, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de 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*

Podríamos 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 o las declaraciones que solicitemos en el transcurso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta *Evidencia de Cobertura.*

SECCIÓN 6 Cesión

No puede ceder esta *Evidencia de Cobertura* ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

SECCIÓN 7 Honorarios y gastos de defensores y abogados

En cualquier disputa entre un miembro y Health Plan, Medical Group u hospitales del plan, cada una de las partes será responsable de los propios gastos y honorarios, lo cual incluye honorarios de abogados, defensores y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

SECCIÓN 8 Coordinación de beneficios

Cómo se describe en la sección 7 del capítulo 1, “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, debe utilizar la otra cobertura en combinación con su cobertura como miembro de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus MD para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la Sección 16 de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de Workers' Compensation, la Sección 18 de este capítulo.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si ocurren cambios en su cobertura adicional.

SECCIÓN 9 Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

SECCIÓN 10 *Evidencia de Cobertura* obligatoria para los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta *Evidencia de Cobertura*, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato, y los representantes legales de los miembros que no tengan dicha capacidad, aceptan todas las disposiciones de esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 11 Responsabilidad de las agencias gubernamentales

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a la agencia tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso a la agencia gubernamental.

SECCIÓN 12 Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable por ningún monto que debamos nosotros. Sin embargo, usted es responsable del costo de los servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o de los que no están dentro de la red.

SECCIÓN 13 Renuncia a los derechos

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta *Evidencia de Cobertura*, no constituirá una renuncia a dicha disposición ni a ninguna otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones.

SECCIÓN 14 Avisos

Enviaremos nuestros avisos a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si cambia de domicilio, llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) para reportar su nuevo lugar de residencia.

SECCIÓN 15 Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho a solicitar un reembolso de 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 los servicios.

SECCIÓN 16 Responsabilidad civil de terceros

Tal como se define en la Sección 7 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos primarios.
Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial en nombre o por parte de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad por la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos el reembolso de dichos servicios.

Nota: Esta sección titulada “Responsabilidad civil de terceros” no afecta su obligación de pagar el costo compartido de estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, tenemos la opción de subrogar 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 el tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, Workers’ Compensation, lesiones personales, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas.

El dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que la cantidad total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar los costos u honorarios de ningún abogado que usted haya contratado para procesar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin la necesidad de una acción legal, permitiremos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para hacer valer el interés, no habrá descuento en la adquisición.

En un plazo de 30 días tras haber presentado un reclamo o una acción judicial contra un tercero, deberá enviar una notificación por escrito de este reclamo o acción judicial a la siguiente dirección:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: **1-502-753-7064**

A fin de determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, en los que da instrucciones a su abogado, al tercero y a la 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 protector presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o protector y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma manera que si hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestra facultad de ejercer el derecho de retención y otros derechos.

SECCIÓN 17 Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos

En el caso de servicios para tratar condiciones asociadas al servicio militar y que la ley exige que se reciban solo del Departamento de Asuntos de los Veteranos, no pagaremos a este departamento por estos servicios, y si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a este departamento un reembolso.

SECCIÓN 18 Beneficios por responsabilidad civil del empleador o de Workers' Compensation

Tal como se estableció en la sección 7 del capítulo 1, generalmente Workers' Compensation debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con la ley de Workers' Compensation o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidas las cantidades recibidas como compensación (a lo que colectivamente se le llama "Beneficio Financiero"), conforme a la Workers' Compensation 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 ley de Workers' Compensation o ley de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 19 Maternidad subrogada

En las situaciones en las que una miembro recibe una compensación monetaria para actuar como madre subrogada, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los cargos del plan por los servicios cubiertos que recibe la miembro asociados con la concepción, el embarazo y/o el parto. Un acuerdo de maternidad subrogada es aquel en el que una mujer acepta quedar embarazada y entregar el bebé a otra persona o personas que se harán cargo de criarlo.

SECCIÓN 20 Arbitraje obligatorio

La siguiente descripción del arbitraje obligatorio se aplica a los siguientes miembros:

- todos los miembros que estén inscritos en un Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual Plan con una fecha de vigencia anterior al 1.º de enero de 2008; y
- todos los miembros inscritos en el plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Individual con fecha de vigencia a partir del 1.º de enero de 2008 o anterior que no hayan renunciado expresamente al proceso de arbitraje obligatorio dentro de los 60 días calendario de su fecha de vigencia de la inscripción.

Para todos los reclamos sujetos a esta sección de “Arbitraje obligatorio”, tanto los demandantes como los demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal, y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida que esta sección de “Arbitraje obligatorio” sea aplicable a los relamos presentados por las Partes de Kaiser Permanente, se aplicará retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia *de esta EOC*. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las partes de Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge de una supuesta infracción relacionada con esta EOC o con una relación del Miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Plan *de Salud*), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un servicio médico o un artículo era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de manera incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil de los centros o que esté relacionada con la cobertura, la prestación de servicios o la entrega de artículos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo.
- El reclamo es afirmado por una o más Partes del Miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más Partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes del Miembro.
- La legislación vigente no impide el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.

Los Miembros inscritos *en esta* EOC renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante un tribunal y aceptan el uso del arbitraje vinculante. Los siguientes tipos de reclamos no están sujetos al arbitraje vinculante:

- Reclamos dentro de la jurisdicción del Tribunal de demandas de menor cuantía.
- Reclamos sujetos al procedimiento de apelación de Medicare, según corresponda a los miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage (consulte el capítulo 9 para obtener información sobre apelaciones de Medicare).
- Reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio según la legislación aplicable.

Como se indica en esta Sección titulada “Arbitraje obligatorio”, las “partes del miembro” incluyen a las siguientes personas:

- ¿No es miembro?
- Un heredero, familiar o representante personal del miembro.

- Cualquier persona que manifieste que su obligación deriva de la relación del Miembro con una o más de las Partes de Kaiser Permanente.

Las “Partes de Kaiser Permanente” incluyen lo siguiente:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- Cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group.
- Cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes del Miembro.
- Cualquier empleado o representante de cualquiera de las partes antes mencionadas.

“Demandante” se refiere a una Parte del Miembro o de Kaiser Permanente que presente un reclamo, como se describe arriba. “Demandado” se refiere a una Parte del Miembro o de Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las *Normativas de Arbitraje para Miembros de Kaiser Permanente supervisadas por la Oficina del Administrador Independiente* (“Reglamento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una Petición de Arbitraje. La petición de arbitraje deberá incluir los fundamentos del reclamo contra los demandados; el monto que solicitan los demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los demandantes y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los demandados. Los Demandantes deberán incluir en la Petición de Arbitraje todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Notificación de la Petición de Arbitraje

La Petición de Arbitraje deberá notificarse ante el Plan de Salud; Kaiser Foundation Hospitals; KP Cal, LLC; The Permanente Medical Group, Inc.; Southern California Permanente Medical Group; The Permanente Federation, LLC; y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
393 E. Walnut St.
Pasadena, CA 91188

La notificación de ese Demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Honorarios por arbitraje

El Demandante deberá pagar un cargo único, no reembolsable, de $150 por arbitraje, pagadero a la “Cuenta de Arbitraje”, independientemente del número de reclamos presentados en la Petición de Arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en dicha petición.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se le exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de Exoneración de Honorarios y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de exoneración de tarifas establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

Cantidad de árbitros

La cantidad de árbitros puede afectar la responsabilidad de pago de los demandantes de los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

Si la petición de arbitraje solicita una compensación monetaria por daños por un total de $200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje obligatorio, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar compensación monetaria por daños mayores que $200,000.

Si la petición de arbitraje solicita una compensación monetaria por daños superior a $200,000, la disputa deberá ser resolverse y determinarse por medio un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pago de los honorarios y los gastos de los árbitros

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones, según se describe en el Reglamento. En todos los otros arbitrajes, los demandantes y los demandados pagarán equitativamente los honorarios y gastos del árbitro imparcial.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los demandantes serán responsables del pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro, y los demandados serán responsables del pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y gastos que se mencionan antes del árbitro imparcial, y a menos que las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta Sección titulada “Arbitraje obligatorio” estipulen lo contrario, cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los gastos de testigos y otros gastos incurridos en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Disposiciones generales

Se deberá anular y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de Arbitraje, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de Arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas según la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnización por Lesiones Médicas de California de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad del paciente, la limitación de la recuperación por daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o contemple la ley.

La sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje, que estén vigentes al momento de la aplicación del estatuto y en combinación con el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan esta sección de “Arbitraje obligatorio”. De acuerdo con la norma que se aplica según las Secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje vinculante” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una parte del Miembro y una parte de Kaiser Permanente involucre reclamaciones sujetas y no sujetas a arbitraje, o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

Capítulo 12: Definiciones

Advantage Plus (beneficios suplementarios opcionales): son los beneficios sin cobertura de Medicare que se pueden contratar con el pago de una prima adicional y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Debe elegir voluntariamente los beneficios suplementarios opcionales para poder recibirlos. **Este paquete de beneficios suplementarios incluye beneficios de atención dental, audífonos y artículos para la visión** por una prima mensual adicional que se agrega a su prima del plan Senior Advantage (Consulte la sección 4.3 del capítulo 1 para obtener más información).

Asignación: monto de crédito específico que se puede usar para adquirir un artículo o servicio. Si el costo de los artículos o servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica a los gastos máximos de bolsillo anual.

Centro de cirugía ambulatoria: un centro de cirugía ambulatoria es una entidad cuyo único propósito es brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada no es superior a 24 horas.

Periodo de inscripción anual: el periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Apelación: usted presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de servicios de atención para la salud, medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que usted ya ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente más del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos a través del plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos separados **adicionales, lo que recibe** el nombre de facturación de saldos, ni que le cobren más que el costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Periodo de beneficios: la manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de los centros de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted va a un centro de enfermería especializada El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención en un Centro de Enfermería Especializada durante 60 días consecutivos. Si usted ingresa a un centro de enfermería especializada después de que finalizó un periodo de beneficios, comenzará un periodo nuevo. No hay límite respecto a la cantidad de periodos de beneficios que puede tener.

Producto biológico: un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte "**Producto biológico original**" y "**biosimilar**").

Biosimilar: un producto biológico que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta (consulte "**Biosimilares intercambiables**").

Medicamento de marca: un medicamento recetado que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes producen y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastróficas: la etapa de beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) astado **$2,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: monto que se le puede exigir que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, el 20%) de los cargos del plan como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja informal: el nombre formal para hacer una queja es **presentar una queja formal**. El proceso de quejas informales se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. También incluye quejas informales si nuestro plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

Lista completa de medicamentos cubiertos (o "Lista de medicamentos"): una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF): un centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla o del lenguaje y servicios de evaluación del entorno familiar.

Coordinación de beneficios (COB): es una disposición que se usa para establecer el orden en que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare y otro seguro médico o cobertura, cada tipo de cobertura se llama pagador. Si hay más de un pagador, hay normas para la coordinación de beneficios que determinan cuál paga primero. El pagador primario paga lo que debe de sus facturas primero y, luego, envía el resto para que lo pague el pagador secundario. Sin embargo, si el pago que nos deben se le envía directamente a usted, la ley de Medicare le exige que usted nos pague. En algunos casos, podría haber un tercer pagador. Para obtener más información, consulte la Sección 7 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

Copago: un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita al hospital como paciente externo o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, $10) y no un porcentaje.

Costo compartido: se refiere a los montos que debe pagar un miembro cuando recibe medicamentos o servicios (son adicionales a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye una combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando se reciba un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se reciba un medicamento o servicio específico. **Nota:** En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes cuando reciba los servicios; nosotros le enviaremos después la factura correspondiente. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una consulta de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los artículos que se solicitan con antelación, debe pagar el costo compartido vigente en la fecha en la que se hace el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en que lo recibe) y es posible que deba pagar el costo compartido cuando se haga el pedido del artículo. En el caso de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en la que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta médica.

Nivel de costo compartido: todos los medicamentos de la *lista de medicamentos cubiertos* forman parte de uno de seis niveles de costo compartido. En general, cuanto más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión acerca de si un medicamento recetado tiene cobertura a través de nuestro plan y el monto, si corresponde, que usted debe pagar por ese medicamento recetado. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: término que empleamos para referirnos a todos los medicamentos recetados que cubre nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término que usamos para referirnos a los suministros y servicios de atención para la salud que tienen cobertura a través de nuestro plan.

Cobertura acreditable para medicamentos recetados: cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare normalmente pueden mantenerla sin pagar una multa en caso de que decidan inscribirse más adelante en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: es la que se proporciona en un centro de adultos mayores y personas con discapacidad, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia que proporcionan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesionales, incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla de ruedas, desplazarse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa diaria de costos compartidos: se podría aplicar una tarifa diaria de costos compartidos cuando el médico le receta un suministro para menos de 1 mes completo de algún medicamento y usted tiene que hacer un copago. La tarifa diaria de costos compartidos es el copago dividido por 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 costos compartidos es de $1 al día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan realice el pago.

Cancelación de la afiliación: el proceso mediante el cual se da por terminada su membresía en nuestro plan.

Tarifa por entrega: tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta, como, por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado**.**

Planes de necesidades especiales para personas con doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP están destinados a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Algunos estados cubren ciertos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: es una persona que es elegible para recibir la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (DME): cierto equipo que su médico ordenó por motivos de salud. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión por vía intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital solicitados por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia: cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio en salud y medicina, cree que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para prevenir la pérdida de su vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto), la pérdida de un miembro o de la función de un miembro, o la pérdida o el deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que 1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia: una condición médica o de salud mental que se manifiesta mediante síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de modo que una persona prudente y con un conocimiento promedio de salud y medicina pueda razonablemente esperar que la ausencia de atención médica inmediata resultaría en:

- peligro grave para la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, para la salud de la mujer o la de su bebé en gestación;
- grave deterioro de las funciones corporales;
- generar disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

***Evidencia de Cobertura* (*EOC*) y divulgación de información:** este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, que le explica cuál es su cobertura, qué debemos hacer y cuáles son sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de determinación de cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de nuestra lista de medicamentos cubiertos (una excepción a dicha lista) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción en el nivel de costos compartidos). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de obtener el medicamento que solicita, si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que renunciemos a la restricción de criterios (una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles).

Medicamento excluido: un medicamento que no es un medicamento cubierto de la Parte D, según se define en la sección 1395w-102(e) del Título 42 del U.S.C.

Extra Help: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar el costo del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), quien certifica que incluye los mismos principios activos que su versión de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, y que incluye una queja sobre la calidad de la atención que recibe. No abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Auxiliar de salud a domicilio: una persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero o un terapeuta acreditado, como ayuda con el cuidado personal (como bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico).

Atención de salud domiciliaria: atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica que usted recibe en su domicilio como parte del tratamiento de una enfermedad o lesión. Consulte una lista de los servicios cubiertos en la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 del Capítulo 4. Cubriremos su atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliara para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de atención a domicilio no incluyen los servicios de limpieza, servicios de alimentos ni atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

Cuidados paliativos: beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro certificado médicamente como paciente terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si desea elegir cuidados paliativos y continuar pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico como así también los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización: estadía en un hospital cuando ha sido ingresado formalmente para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aun así se lo considere un paciente externo.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): si su ingreso bruto ajustado y modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Puesto que menos de 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Etapa de cobertura inicial: es la etapa después de que pague su deducible (si tiene uno) y antes de que los gastos de bolsillo del año alcancen el umbral del límite de gastos de bolsillo.

Periodo de inscripción inicial: cuando califica por primera vez para participar en Medicare, el período en que puede suscribirse para Medicare Parte B. Si es elegible para la Parte B cuando cumpla 65 años, su Período de Inscripción Inicial son los 7 meses que comienzan 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

Atención de paciente hospitalizado: atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

Biosimilar intercambiable: biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de presentar una nueva receta porque cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Kaiser Foundation Health Plan (plan de salud): Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del Sur de California, es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En esta *Evidencia de Cobertura*, a veces se hace referencia al plan de salud como “nosotros” o “nuestro”.

Kaiser Foundation Hospital: es un hospital de la red que Kaiser Foundation Hospitals administra y posee.

Kaiser Permanente: se refiere al plan de salud, al grupo médico y a Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente Region (región): una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte la sección 2.4 del capítulo 3.

Hospital de cuidados a largo plazo: un hospital de atención médica de condiciones agudas certificado por Medicare que generalmente proporciona servicios cubiertos por Medicare, como rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismos de cabeza y control del dolor. No son centros de cuidados a largo plazo como los centros de atención para pacientes convalecientes o con servicios de vida asistida.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte “Extra Help”.

Manufacturer Discount Program (Programa de descuento de fabricantes): un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total del plan por medicamentos de marca y productos biológicos cubiertos por la Parte D. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Precio justo máximo: el precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Gastos máximos de bolsillo: es lo máximo que pagará durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de nuestro plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto del gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Atención o servicios médicos: artículos o servicios de atención médica. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen equipo médico duradero, anteojos y medicamentos que cubre Medicare Parte A o Parte B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Grupo médico: es la red de proveedores del plan que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionarle servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es Southern California Permanente Medical Group, una corporación profesional con fines de lucro.

Indicación médicamente aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como la Información de medicamentos del Servicio de Formularios de Hospitales de Estados Unidos y el sistema de información DRUGDEX de Micromedex.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: es el programa federal de seguro médico para personas a partir de los 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas incapacidades y personas con enfermedad renal terminal (en general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage: el periodo desde el 1.º de enero hasta el 31 de marzo, durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este periodo, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses después de que una persona resulta elegible para Medicare por primera vez.

Plan de Medicare Advantage (MA): a veces se denomina Medicare Parte C. veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser: (i) un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), (ii) una organización de proveedores preferidos (PPO), (iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o (iv) un plan cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos de venta con receta). Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados.**

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Medicare Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. El término “servicios cubiertos por Medicare” no incluye beneficios suplementarios, como de la visión, dentales o de audición, que un plan de Medicare Advantage podría ofrecer.

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. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de demostración o piloto y el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Medicare Parte D): es un seguro que ayuda a los pacientes externos a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no tienen la cobertura de Medicare Parte A o B.

Programa de administración con terapia con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM): es un programa de Medicare Parte D para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza MediGap (seguro suplementario de Medicare): seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para cubrir costos de aquellos servicios *no* incluidos en Original Medicare. Las pólizas de MediGap solo se utilizan con Original Medicare (un plan de Medicare Advantage no es una póliza de MediGap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona que tiene Medicare y es elegible para recibir los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Servicio a los Miembros: es un departamento de nuestro plan encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

Médico de la red: cualquier médico certificado que sea socio o empleado del grupo médico o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de referidos).

Proveedor de la red: proveedor es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de atención médica (entre ellos, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con la licencia o certificación de Medicare y del estado para ofrecer servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se los llama **proveedores del plan**.

Periodo de inscripción abierta: es el periodo comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos o pasarse a Original Medicare.

Determinación de la organización: es una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por ellos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y que sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y para medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare y debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos con cobertura a los miembros de nuestro plan. Nuestro plan no cubre la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red: un proveedor o centro de atención que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee ni opera.

Gastos de bolsillo: se refiere a la definición de costo compartido proporcionada anteriormente. También se hace referencia como “gastos de bolsillo” del miembro al requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos que recibe.

Umbral de gastos de bolsillo: la cantidad máxima que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan del PACE: un plan del PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servicios y apoyos médicos, sociales y a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudarlas a ser independientes en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a través de nuestro plan.

Parte C: consulte el plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: el programa voluntario Medicare Prescription Drug Benefit (Programa de beneficios de Medicare para medicamentos recetados).

Medicamentos de la Parte D: se refiere a los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: una cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de Medicare para medicamentos si usted se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo continuo de 63 días o más luego de que resulta elegible por primera vez para ingresar a un plan de la Parte D.

Plan: Kaiser Permanente Senior Advantage (Senior Advantage).

Cargos del plan: hace referencia a lo siguiente:

- En el caso de Servicios que preste el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el programa del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por Servicios prestados a los Miembros.
- Para los servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals), los montos del programa de pagos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que Kaiser Permanente administra y posee, el monto que la farmacia cobraría a un miembro por un artículo que no se cubra en su plan de beneficios (este monto resulta del cálculo de los costos de la compra, el almacenamiento y la entrega de medicamentos, los costos directos e indirectos de prestar los servicios de farmacia de Kaiser Permanente a los miembros y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

Atención de postestabilización: servicios necesarios desde el punto de vista médico y relacionados con su condición médica de emergencia que recibe después de que su médico tratante determina que esta condición está clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su condición empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados, los cuales han aceptado atender a los miembros del plan por un monto específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o fuera la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por servicios que se reciben de proveedores (preferidos) de la red y un límite más elevado en los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores (preferidos) dentro de la red y (no preferidos) fuera de la red.

Prima: pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica o medicamentos recetados.

Servicios preventivos: son servicios de atención médica que le permiten mantenerse saludable, detectar problemas de salud a tiempo, determinar los tratamientos más eficaces y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas de control de la salud, así como asesoramiento y educación para que cuidar de su salud.

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: es la aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos según criterios específicos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se especifican en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la Lista de medicamentos recetados disponibles, y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Protésicos y ortóticos: dispositivos médicos entre los que se incluyen, entre otros, los siguientes: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para sustituir una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y urológicos y la terapia nutricional entérica y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): es un grupo de médicos y otros especialistas de atención médica que trabajan para el gobierno federal con el objetivo de monitorear y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito sobre la lista de medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos de la Lista de medicamentos recetados disponibles que se pueden usar para la misma condición médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Referido: es una orden escrita de su médico de atención primaria para que visite a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin un referido, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen atención de rehabilitación para pacientes internos, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: un medicamento cubierto en la Parte D para el que Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: es un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud particular. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Debemos cancelar su inscripción si usted se muda permanentemente fuera del área de servicio de nuestro plan.

El área de servicio de la región del Sur de California se describe en la sección 2.2 del capítulo 1. Para fines de primas, costos compartidos, inscripción y cancelación de la afiliación, hay varios planes de Senior Advantage en el área de servicio de nuestra región que se describen en esta *Evidencia de Cobertura.* Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, usted recibe atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Servicios: servicios, suministros o artículos para la atención médica.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y de rehabilitación que se ofrecen todo el día, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de servicios incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un enfermero titulado o un médico.

Periodo de inscripción especial: tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que podría ser elegible para un periodo de inscripción especial son, entre otras, si se muda fuera del área de servicio, si recibe Extra Help con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un centro de adultos mayores o que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Medicamentos especializados: los medicamentos especializados son fármacos de costo muy alto que cuentan con la aprobación de la FDA y se incluyen en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas con ingresos y recursos limitados que tienen alguna incapacidad, son invidentes o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiera atención médica inmediata y que no sea de emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable obtener este servicio de los proveedores de la red dado el momento, el lugar y las circunstancias. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Las visitas de rutina a proveedores que sean necesarias desde el punto de vista médico (tales como los exámenes médicos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o la red de nuestro plan no se encuentra disponible temporalmente.

KAISER PERMANENTE®

MIEMBRO DE KAISER PERMANENTE SENIOR ADVANTAGE

Método	Información de contacto de Servicio a los Miembros
Llamada	**1-800-443-0815** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros, cuyo número es **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Por correo	Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte *el Directorio de Proveedores* para obtener ubicaciones).
Sitio web	**kp.org/espanol**

Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico

El Programa Estatal de Asistencia para Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre seguros locales a personas que tienen Medicare. Consulte más información sobre el SHIP en la sección 3 del capítulo 2.

Declaración de divulgación PRA *De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número válido de control de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*