

# Evidencia de Cobertura

## Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y su cobertura para medicamentos recetados como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan North (HMO SNP)

Este folleto incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y para medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2019. Aquí se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. Es un documento legal importante, así que le recomendamos que por favor lo guarde en un lugar seguro.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región norte de California (Health Plan) ofrece este plan, el plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal. En esta **Evidencia de Cobertura** las palabras "nosotros", o "nuestro(a)" se refieren a Health Plan. Cuando se usa "plan" o "nuestro plan", se está aludiendo al plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (Senior Advantage Medicare Medi-Cal).

Kaiser Permanente es un plan de una HMO SNP (Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medi-Cal. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Si desea información adicional, por favor llame al número de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días a la semana.

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

Este documento está disponible en Braille, en CD o en letra grande; si lo necesita, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso de ser necesario.



**Evidencia de Cobertura 2019**

**Índice**

La lista de capítulos y números de página es su punto de partida. Si necesita ayuda para buscar información, vaya a la primera página del capítulo. Localizará una lista detallada de temas al principio de cada capítulo.

**CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro ..... 1**

Explica qué significa ser un miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Incluye información sobre los materiales que recibirá, la prima del plan, la tarjeta de membresía del plan, y sobre cómo tener actualizado su expediente de membresía.

**CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes ..... 17**

Incluye información sobre cómo comunicarse con nuestro plan (Senior Advantage Medicare Medi-Cal) y con otras organizaciones, incluidas Medicare, el Programa estatal de asistencia del seguro de salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP), la Organización para la mejora de la calidad, el Seguro Social (Social Security), Medicaid (el programa estatal de seguro de salud para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board).

**CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener servicios médicos ..... 31**

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

**CAPÍTULO 4. Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted) ..... 47**

Ofrece detalles sobre qué tipo de atención médica está cubierta y cuál *no* para usted como miembro de nuestro plan. Explica qué porcentaje de los costos de la atención médica cubierta le corresponde pagar a usted.

**CAPÍTULO 5. Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 115**

Explica qué reglas debe seguir para obtener medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente** para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Incluye los tipos de medicamentos que *no* tienen cobertura. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde debe surtir las recetas médicas. Incluye información sobre los programas del plan relacionados con la seguridad y la administración de los medicamentos.

**CAPÍTULO 6. Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D ..... 137**

Incluye información sobre las cuatro etapas de cobertura para medicamentos (Etapas del deducible, Etapa de cobertura inicial, Etapa de período de intervalo en la cobertura y Etapa de cobertura catastrófica) y cómo afectan al porcentaje del costo de los medicamentos que le corresponde pagar a usted.

**CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos ..... 152**

Explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura para solicitar un reembolso del porcentaje del costo de los servicios o medicamentos cubiertos que usted recibe y que nos corresponde pagar.

**CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades ..... 159**

Explica sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan. Incluye información sobre qué puede hacer si considera que no se respetan sus derechos como miembro.

**CAPÍTULO 9. Qué hacer si usted tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales) ..... 170**

Incluye información paso a paso sobre qué debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Describe cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo presentar una apelación si está teniendo problemas para obtener un servicio de atención médica o un medicamento recetado que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Aquí se incluye cómo solicitar excepciones a una norma o una restricción adicional asociadas a la cobertura de medicamentos recetados, o pedir la extensión de la cobertura de atención hospitalaria y de ciertos tipos de servicios médicos cuando piensa que su cobertura está próxima a finalizar.
- Explica cómo presentar una queja informal sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas.

**CAPÍTULO 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan ..... 226**

Explica cuándo y cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.  
También explica situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

**CAPÍTULO 11. Avisos legales ..... 236**

Incluye avisos sobre la legislación vigente y las leyes contra la discriminación.

**CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes ..... 246**

Explica los términos clave usados en este folleto.



## **CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro**

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>3</b>
Sección 1.1 Usted está inscrito en Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan, que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales) .....	3
Sección 1.2 ¿Qué incluye el folleto de Evidencia de Cobertura?.....	4
Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura.....	4
<b>SECCIÓN 2. Los requisitos para inscribirse en el plan.....</b>	<b>5</b>
Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad .....	5
Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?.....	5
Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?.....	6
Sección 2.4 Área de servicio de nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal.....	6
Sección 2.5 Ciudadano o residente legal de Estados Unidos .....	7
<b>SECCIÓN 3. Los otros materiales que le enviaremos. ....</b>	<b>7</b>
Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener todos los servicios de atención y de medicamentos recetados que tengan cobertura.....	7
Sección 3.2 Directorio de Proveedores: Su guía con todos los proveedores de nuestra red.....	8
Sección 3.3 Directorio de Farmacias: Su guía con todas las farmacias de nuestra red .....	9
Sección 3.4 Lista de medicamentos con cobertura (lista de medicamentos recetados disponibles) de nuestro plan.....	9
Sección 3.5 La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D.....	10
<b>SECCIÓN 4. Su prima mensual para nuestro plan .....</b>	<b>10</b>
Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? .....	10
Sección 4.2 Hay varias formas de pagar la prima del plan.....	12
Sección 4.3 ¿Podemos cambiar el monto de su prima mensual del plan durante el año? .....	13

---

<b>SECCIÓN 5.</b>	<b>Por favor mantenga actualizada la información de su expediente de membresía del plan .....</b>	<b>14</b>
Sección 5.1	Cómo contribuir a mantener su información exacta .....	14
<b>SECCIÓN 6.</b>	<b>Protegemos la privacidad de su información médica personal .....</b>	<b>15</b>
Sección 6.1	Nos aseguramos de que su información médica esté protegida.....	15
<b>SECCIÓN 7.</b>	<b>Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan .....</b>	<b>15</b>
Sección 7.1	¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	15

## SECCIÓN 1. Introducción

### Sección 1.1 Usted está inscrito en Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan, que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales)

Usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid:

- **Medicare** es el programa de seguro médico federal para personas a partir de los 65 años, algunas personas de menos de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (insuficiencia renal).
- **Medicaid** es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda a cubrir los costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados. La cobertura de Medicaid varía según el estado y la clase de Medicaid que tenga. Algunas personas con Medicaid obtienen ayuda para pagar sus primas de Medicare y otros costos. Otras, también obtienen cobertura para otros servicios y medicamentos que no cubre Medicare.

Usted ha elegido obtener su cobertura de atención médica de Medicare y de los medicamentos recetados a través de nuestro plan, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal.

Existen distintos tipos de planes de salud de Medicare. El plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal es un plan Medicare Advantage (un plan de Medicare "plan para necesidades especiales"), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan está diseñado específicamente para personas que tienen Medicare y que también tienen derecho a recibir asistencia de Medicaid.

**La cobertura en este plan califica como cobertura de salud que califica** (*qualifying health coverage, QHC*) y cumple con los requisitos de responsabilidad individual compartida de la Ley de Protección al Paciente y Atención asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, consulte el sitio web del Servicio de declaración de impuestos (Internal Revenue Service, IRS) en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families>.

Debido a que obtiene asistencia de Medicaid con su costo compartido de Medicare Partes A y B (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no deba pagar nada por sus servicios de atención médica de Medicare. Medicaid también podrá brindarle otros beneficios al cubrir los servicios de atención médica, medicamentos recetados, atención de largo plazo y/o servicios en el hogar y en la comunidad que habitualmente no están cubiertos por Medicare. Podrá recibir también "Ayuda adicional" de Medicare para pagar los costos de los medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan lo ayudará a manejar todos estos beneficios para usted, para que pueda obtener los servicios de atención médica y asistencia en los pagos a los que tiene derecho.

El plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal está manejado por una organización sin fines de lucro. Como todos los planes de Medicare Advantage, este plan para necesidades especiales de Medicare está aprobado por Medicare. El plan también tiene un

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

contrato con el programa Medi-Cal de California (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Estamos encantados de brindarle su cobertura de salud de Medicare, incluida su cobertura de medicamentos recetados.

## Sección 1.2 ¿Qué incluye el folleto de Evidencia de Cobertura?

Este folleto de **Evidencia de Cobertura** incluye información sobre cómo usar nuestro plan para obtener cobertura atención médica y de medicamentos recetados de Medicare. También se explican aquí sus derechos y responsabilidades, qué tiene cobertura y cuánto le corresponde pagar como miembro de nuestro plan.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a los servicios y la atención médica y los medicamentos recetados disponibles para usted como miembro de nuestro plan.

Es importante que conozca cuáles son las reglas de nuestro plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos tomarse un tiempo y leer detenidamente este folleto de **Evidencia de Cobertura**.

Si está confuso o preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

## Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

### Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente** 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 adicionales" o "enmiendas".

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

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 2019. También podemos elegir entre dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2019.

### Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Cada año, Medicare (los Centros de servicio de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services]) debe aprobar nuestro plan. Usted puede seguir contando con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de nuestro plan.

## SECCIÓN 2. Los requisitos para inscribirse en el plan

### Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted reúne los requisitos de membresía en nuestro plan si:

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B (la Sección 2.2 a continuación le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- – y – vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.3 a continuación describe nuestra área de servicio).
- – y – es ciudadano o residente legal de Estados Unidos.
- – y – no tiene enfermedad renal en fase terminal (*End Stage Renal Disease*, ESRD); se aplican escasas excepciones tales como, por ejemplo, que presente ESRD cuando ya es miembro de alguno de los planes que ofrecemos o si era miembro de otro plan que se canceló.
- – y – cumple con los requisitos de elegibilidad especial que se describen a continuación.

#### Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para cumplir con las necesidades de las personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda con los costos médicos para ciertas personas con ingresos y recursos limitados). Para ser elegible para nuestro plan, debe ser elegible para Medicare y todos los beneficios de Medicaid.

Atención: Si deja de ser elegible, pero puede razonablemente volver a reunir los requisitos en cuatro meses, seguirá calificando para la membresía de nuestro plan (En la Sección 2.1 del Capítulo 4 obtendrá información sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad que se considera continuada).

### Sección 2.2 ¿Qué son Medicare Parte A y Medicare Parte B?

Cuando se inscribió en Medicare, recibió información sobre los servicios que están cubiertos en Medicare Parte A y Medicare Parte B. Recuerde:

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

### Sección 2.3 ¿Qué es Medicaid?

- Medicaid es un programa conjunto, federal y estatal, que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Cada estado decide qué considera ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios cubre y el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo funciona su programa, siempre que sigan las pautas federales.
- Además, existe un programa que se ofrece a través de Medicaid que ayuda a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, como sus primas de Medicare. Este “Programa de ahorro de Medicare” ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados para que ahorren dinero cada año:
- **Beneficiario calificado de Medicare (*Qualified Medicare Beneficiary, QMB*):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como los deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)

### Sección 2.4 Área de servicio de nuestro plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal

Si bien Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para las personas que viven dentro del área de servicio de nuestro plan. Debe seguir residiendo en el área de servicio del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan. Vea a continuación el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en California: **Alameda, Contra Costa, Marin, Napa, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano y Stanislaus**. Nuestra área de servicio incluye también estas partes de los condados en California, solo en los **siguientes códigos postales**:

- **Condado de Amador:** 95640 y 95669.
- **Condado de El Dorado:** 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682 y 95762.
- **Condado de Fresno:** 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844 y 93888.
- **Condado de Kings:** 93230, 93232, 93242, 93631 y 93656.
- **Condado de Madera:** 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, y 93720.
- **Condado de Mariposa:** 93601, 93623 y 93653.
- **Condado de Placer:** 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47 y 95765.

- **Condado de Santa Clara:** 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94 y 95196.
- **Condado de Sonoma:** 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87 y 95492.
- **Condado de Sutter:** 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692 y 95836–37.
- **Condado de Tulare:** 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666 y 93673.
- **Condado de Yolo:** 95605, 95607, 95612, 95615-18, 95645, 95691, 95694-95, 95697-98, 95776 y 95798-99.
- **Condado de Yuba:** 95692, 95903 y 95961.

**Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, por favor contacte con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Cuando se muda, tendrá un período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

## **Sección 2.5 Ciudadano o residente legal de Estados Unidos**

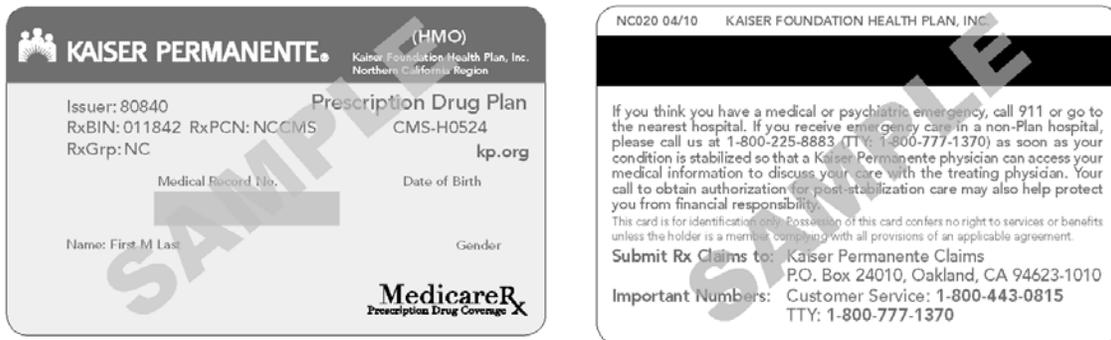
Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos o residentes legales de Estados Unidos. Sobre la base de esto, Medicare (los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid) nos notificará si usted no es elegible para seguir siendo miembro. Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

## **SECCIÓN 3. Los otros materiales que le enviaremos.**

### **Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener todos los servicios de atención y de medicamentos recetados que tengan cobertura**

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía de nuestro plan siempre que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para comprar medicamentos recetados en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. Vea a continuación una tarjeta de membresía de muestra como la que recibirá:

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



Mientras sea miembro de nuestro plan, en la mayoría de los casos, **no debe usar su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare** para obtener servicios médicos cubiertos (excepto que se trate de estudios de investigación clínica de rutina y servicios de cuidados paliativos). Es posible que le pidan que muestre su nueva tarjeta de Medicare si necesita recibir servicios de hospital. Conserve su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en un lugar seguro por si la necesita más adelante.

**Vea por qué esto es tan importante:** Si mientras es miembro del plan, usa su nueva tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de membresía de Senior Advantage para recibir servicios cubiertos, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de estos servicios.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o es robada, por favor llame inmediatamente a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y le enviaremos una nueva. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

### Sección 3.2 Directorio de Proveedores: Su guía con todos los proveedores de nuestra red

En el **Directorio de Proveedores**, se incluye una lista de nuestros proveedores de la red y de los proveedores de equipo médico duradero. Todos nuestros proveedores de la red aceptan tanto Medicare como Medicaid. En el caso de que necesite un servicio que no esté cubierto por nuestro plan, que está cubierto por Medicaid, podremos remitirlo a una agencia estatal de Medicaid para ubicar un proveedor fuera del plan que pueda proporcionarle atención cubierta por Medicaid.

#### ¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de la red son todos los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otras instalaciones de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como un pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory).

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

Es necesario porque, salvo con algunas excepciones, mientras sea miembro de nuestro plan debe recibir los servicios y la atención médica de los proveedores de la red. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios necesarios con urgencia que no están disponibles a través de la

red (en general, cuando está fuera del área), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores de fuera de la red. Vea en el Capítulo 3 "Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener servicios médicos" información más específica sobre la cobertura para emergencias, fuera de la red y fuera del área.

Si no tiene su copia del **Directorio de Proveedores**, puede solicitarla a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto). También puede pedir más información sobre los proveedores de nuestra red a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros, incluidas sus calificaciones. Puede ver o descargar el **Directorio de Proveedores** en [kp.org/directory](http://kp.org/directory). Para obtener la información más actualizada de los proveedores de nuestra red puede visitar nuestro sitio web o llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

### Sección 3.3 Directorio de Farmacias: Su guía con todas las farmacias de nuestra red

#### ¿Qué son las "farmacias de la red"?

Las farmacias de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir recetas médicas cubiertas de los miembros del plan.

#### ¿Por qué es necesario conocer las farmacias de la red?

Puede usar el **Directorio de Farmacias** para buscar las farmacias de la red que desea usar. Habrá cambios en nuestra red de farmacias el año que viene. Encontrará un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory). También puede llamar a Servicio a los miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para pedirnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Por favor revise el **Directorio de Farmacias** 2019 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

Si no tiene el **Directorio de Farmacias**, puede conseguir una copia a través de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar en cualquier momento a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. Esta información también aparece en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory).

### Sección 3.4 Lista de medicamentos con cobertura (lista de medicamentos recetados disponibles) de nuestro plan

Nuestro plan tiene una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**. Lo llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar. Le indica qué medicamentos recetados están cubiertos en virtud del beneficio de la Parte D incluido en nuestro plan.

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, tendrá algunos medicamentos recetados cubiertos según sus beneficios de Medicaid. La Lista de medicamentos le indica cómo encontrar qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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

Los medicamentos de esta lista han sido elegidos por nuestro plan con la ayuda de un grupo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado nuestra Lista de medicamentos.

La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas que restrinjan la cobertura para sus medicamentos. Le entregaremos una copia de nuestra Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar nuestro sitio web ([kp.org/seniormedrx](http://kp.org/seniormedrx)) o llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada del folleto).

### **Sección 3.5 La Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D**

Cuando usted use los beneficios para medicamentos recetados de la Parte D, le enviaremos un informe de resumen que le ayudará a entender y hacer un seguimiento de sus pagos por medicamentos recetados de la Parte D. Este informe de resumen se llama **Explicación de beneficios de la Parte D** (o **EOB de la Parte D**).

La **Explicación de beneficios de la Parte D** le indica el monto total que gasta usted, u otros en su nombre, en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que pagamos nosotros por cada uno de sus medicamentos de venta con receta médica de la Parte D durante el mes. En el Capítulo 6 ("Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D") encontrará más información sobre la **Explicación de beneficios de la Parte D** y sobre cómo puede ayudarle a hacer un seguimiento de la cobertura de sus medicamentos.

También hay disponible, cuando se solicite, un resumen de la **Explicación de beneficios de la Parte D**. Para obtener una copia, por favor contacte con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede elegir obtener su **Explicación de beneficios de la Parte D** en línea en vez de por correo. Por favor visite [kp.org/goinggreen](http://kp.org/goinggreen) e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **Explicación de beneficios de la Parte D** en línea de forma segura.

## **SECCIÓN 4. Su prima mensual para nuestro plan**

### **Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?**

Como miembro de nuestro plan, si ya no califica para recibir "Ayuda adicional", puede pagar una prima mensual del plan. Para 2019, la prima mensual de nuestro plan es de **\$33.40**. **Si califica para recibir "Ayuda adicional", no deberá pagar una prima mensual del plan.** Además, debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

### **En determinadas situaciones, la prima del plan puede ser mayor**

En algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor al monto que se menciona anteriormente en esta sección. Esta situación se describe a continuación:

- Algunos miembros deben pagar una **sanción por inscripción tardía** en la Parte D porque no se inscribieron en ninguno de los planes para medicamentos de Medicare en el momento en que calificaban para hacerlo o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más en que no tenían cobertura de medicamentos recetados "acreditable". ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). En el caso de estos miembros, la sanción por inscripción tardía en la Parte D se añade a la prima mensual del plan. El monto de su prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la sanción por inscripción tardía en la Parte D.
  - ♦ Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no se le impondrá una sanción por inscripción tardía.
  - ♦ Si alguna vez pierde su subsidio por ingresos bajos "Ayuda adicional", deberá pagar la sanción por inscripción tardía en la Parte D mensual si se quedó en algún momento sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días o más.
  - ♦ Si se le solicita que pague la sanción por inscripción tardía en la Parte D, el costo de la sanción por inscripción tardía dependerá de cuánto tiempo estuvo sin cobertura acreditable de la Parte D o para medicamentos recetados.

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

Además de pagar las primas mensuales del plan, algunos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explicó en la Sección 2 anteriormente, para reunir los requisitos para nuestro plan, debe mantener su elegibilidad para Medicaid y tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. Para la mayoría de los miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para la Parte A automáticamente) y su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.

Algunas personas pagan un monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales. Esto se conoce como Montos de ajuste mensual relacionados con los ingresos (*Income Related Monthly Adjustment Amounts*, IRMAA). Si sus ingresos son superiores a \$85,000 para una persona (o personas casadas que hagan la declaración independientemente) o superiores a \$170,000 para matrimonios, **debe pagar un monto adicional directamente al gobierno** (no al plan de Medicare) por su cobertura de Medicare Parte D.

- Si debe pagar el monto adicional, **el Seguro Social y no su plan de Medicare**, le enviará una carta que le informará cuál será ese monto adicional. Si tuvo un evento que le cambió la vida y causó que disminuyeran sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que reconsidere su decisión.
- **Si debe pagar el monto adicional y no lo paga, se retirará su membresía de nuestro plan.**
- También puede visitar el sitio web <https://www.medicare.gov> o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY

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

deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede llamar al Seguro Social al **1-800-772-1213**.  
Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

Para ver información sobre estas primas, consulte la sección "Costos de Medicare 2019" ("2019 Medicare Costs") de su folleto **Medicare y Usted** 2019. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia anual del folleto **Medicare y Usted** durante el otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia de **Medicare y Usted** 2019 desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o puede solicitar una copia impresa por teléfono llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## Sección 4.2 Hay varias formas de pagar la prima del plan

Usted tiene tres formas de pagar la prima del plan si ya no califica para recibir "Ayuda adicional". Pagará mediante cheque (Opción 1) salvo que nos indique que quiere que su prima se deduzca automáticamente de su banco (Opción 2) o de su cheque del Seguro Social (Opción 3). Para inscribirse en las Opciones 2 o 3 o para cambiar su selección en cualquier momento, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y comuníquenos la opción que quiere.

Si decide cambiar la forma de pago de la prima, puede tardar hasta tres meses para que entre en vigencia el nuevo método de pago. Mientras se procesa su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar la prima del plan a tiempo.

### Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede decidir pagar con cheque y enviarnos directamente a nosotros su prima mensual del plan. Le enviaremos una factura antes del día 15 del mes anterior al mes de cobertura. Debemos recibir su cheque pagadero a "Kaiser Permanente" el último día del mes anterior al mes de cobertura, o en una fecha anterior, en la siguiente dirección:

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

**Importante:** No puede hacer el pago en persona. Si su banco no cubre el pago, le facturaremos a usted un cargo por devolución.

### Opción 2: Puede inscribirse para pagos mediante Transferencia Electrónica de Fondos o pagos recurrentes mediante tarjeta de crédito

En lugar de pagar con un cheque, puede hacer que se retire su prima mensual del plan automáticamente de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información sobre cómo iniciar o detener los pagos automáticos de las primas del plan y otros detalles sobre esta opción, tal como el momento en que se producirá el retiro mensual.

### **Opción 3: Puede solicitar que se descuenta la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social**

Puede solicitar que se descuenta la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social. Contacte con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo usar esta opción de pago de la prima mensual del plan. Lo atenderemos con gusto. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

### **Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la prima del plan**

Si ya no califica para recibir "Ayuda adicional", debemos recibir la prima del plan en nuestra oficina antes del último día del mes anterior al mes de la cobertura. Si no recibimos el pago de la prima antes de esta fecha, le enviaremos una notificación para informarle que su membresía se cancelará si no obtenemos el pago de la prima en un plazo de cuatro meses. Si se le impone una sanción por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos recetados.

Si tiene problemas para pagar las primas del plan a tiempo, por favor contacte con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para ver si podemos referirlo a alguno de los programas de ayuda para el pago de las primas del plan. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Si interrumpimos su membresía en nuestro plan porque no pagó su prima del plan, tendrá cobertura médica bajo Original Medicare. Mientras reciba "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, seguirá teniendo cobertura para los medicamentos de la Parte D. Medicare lo inscribirá en un nuevo plan de medicamentos recetados para la cobertura de la Parte D.

Es posible que en el momento en que cancelemos su membresía, usted aún tenga deudas con nosotros por primas pendientes de pago. Tenemos derecho a buscar la recaudación de las primas que nos debe.

Si cree que hemos cancelado erróneamente su membresía, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos la decisión presentando una queja informal. En la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto, se incluye información sobre cómo presentar una queja informal. Si ha tenido un caso de emergencia que estuvo fuera de su control y provocó que no pudiese pagar sus primas dentro de nuestro periodo de gracia, puede pedirnos que reconsideremos esta decisión, llamando al **1-800-443-0815**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. Debe hacer su solicitud no más de 60 días después de la fecha en que termina su membresía.

### **Sección 4.3 ¿Podemos cambiar el monto de su prima mensual del plan durante el año?**

**No**, 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 el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos sí puede modificarse durante el año el porcentaje de la prima que le corresponde pagar a usted. Esto puede ocurrir si, durante el año, usted califica o deja de

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

calificar para el programa de "Ayuda adicional". Si un miembro reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para el pago de sus medicamentos recetados, el programa de "Ayuda adicional" pagará parte de su prima mensual del plan. Un miembro que pierda su elegibilidad para este beneficio durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Vea más información sobre el programa de "Ayuda adicional" en la Sección 7 del Capítulo 2.

## SECCIÓN 5. Por favor mantenga actualizada la información de su expediente de membresía del plan

### Sección 5.1 Cómo contribuir a mantener su información exacta

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

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

#### Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro aspecto de su cobertura de seguro de salud (tal como su empleador o el de su cónyuge, el Workers' Compensation [seguro de los trabajadores] o Medicaid).
- Si tiene alguna reclamación por responsabilidad civil, tales como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si es admitido en un hogar para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias de fuera del área o de fuera de la red.
- Si cambia la persona designada como responsable de usted (tal como una persona encargada de cuidarlo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

Si cambia cualquiera de esta información, por favor comuníquenoslo llamando a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

También es importante que contacte con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección de correo. Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

## **Lea la información que le enviamos sobre cualquier otra cobertura de seguro que pueda tener**

Medicare exige que reunamos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que usted pudiese tener. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que recibe de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 7 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta con todas las otras coberturas de seguro médico o de medicamentos que sabemos que tiene. Por favor le pedimos que lea esta información detenidamente y, si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si hay algún error en la información o usted tiene alguna otra cobertura que no se incluye allí, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada del folleto).

## **SECCIÓN 6. Protegemos la privacidad de su información médica personal**

### **Sección 6.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida**

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal, y nuestro plan las cumple.

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

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

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

Cuando tiene otro seguro (como cobertura de salud de grupo del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se llama el "pagador primario" y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado el "pagador secundario", solo paga si existen costos que quedan sin cubrir por parte de la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos sin cubrir.

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

- Si tiene una cobertura por jubilación, paga primero Medicare.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o el empleo actual de un familiar, quién paga primero depende de su edad, el número de personas a las que da empleo su empleador y si tiene Medicare sobre la base de la edad, discapacidad o enfermedad renal en fase terminal (IRCT):
  - ♦ Si tiene menos de 65 años de edad y está discapacitado y usted o su miembro de la familia sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más

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

empleados o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.

- ◆ Si tiene más de 65 años de edad o su cónyuge sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- ◆ Si tiene Medicare debido a una enfermedad renal en fase terminal (ERFT), su plan de salud de grupo pagará primero durante los 30 primeros meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

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

- Seguro de responsabilidad objetiva (incluidos seguros de automóvil).
- Responsabilidad (incluidos seguros de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Workers' Compensation (seguro de los trabajadores).

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

Si tiene otro seguro, informe al médico, hospital y farmacia. Si tiene preguntas sobre quién paga primero o tiene que actualizar su información sobre otros seguros, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede que tenga que proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

## **CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes**

<b>SECCIÓN 1. Contactos del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con Servicio a los miembros de nuestro plan) .....</b>	<b>18</b>
<b>SECCIÓN 2. Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) .....</b>	<b>22</b>
<b>SECCIÓN 3. Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) .....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 4. Organización para la Mejora de la Calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare).....</b>	<b>24</b>
<b>SECCIÓN 5. Seguro Social .....</b>	<b>25</b>
<b>SECCIÓN 6. Medicaid (programa conjunto federal y estatal que ofrece ayuda financiera para costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados).....</b>	<b>26</b>
<b>SECCIÓN 7. Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados .....</b>	<b>28</b>
<b>SECCIÓN 8. Cómo contactar con la Junta de jubilación para ferroviarios .....</b>	<b>30</b>

## SECCIÓN 1. Contactos del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con Servicio a los miembros de nuestro plan)

### Cómo contactar con el Servicio a los miembros de nuestro plan

Si necesita asistencia con una reclamación o la facturación, o tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de membresía, por favor llame o escriba al Servicio a los miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal. Lo ayudaremos con gusto.

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-443-0815</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablen inglés.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>711</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>ESCRIBA A</b>	Su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el <b>Directorio de Proveedores</b> para obtener ubicaciones).
<b>SITIO WEB</b>	<b>kp.org</b>

### Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal sobre su atención médica

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Una apelación es una vía formal para pedirnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado sobre la cobertura.

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o realizar apelaciones o quejas informales sobre su atención médica, vea el Capítulo 9 "Qué hacer si usted tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)". Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones sobre la cobertura, apelaciones o quejas informales.

Método	Decisiones sobre la cobertura, apelaciones o quejas informales sobre la atención médica – Información de contacto
<p><b>LLAME AL</b></p>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal <b>reúne los requisitos para recibir una decisión rápida</b>, tal como describe el Capítulo 9, llame a la Unidad de revisiones aceleradas, de lunes a sábado, de 8:30 a. m. a 5 p. m. al <b>1-888-987-7247</b>.</p>
<p><b>LÍNEA TTY</b></p>	<p><b>711</b></p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
<p><b>FAX</b></p>	<p>Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal <b>reúne los requisitos para recibir una decisión rápida</b>, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de revisiones aceleradas al <b>1-888-987-2252</b>.</p>
<p><b>ESCRIBA A</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para una <b>decisión sobre la cobertura o una queja informal</b> estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el <b>Directorio de Proveedores</b> para obtener ubicaciones).</li> <li>• Para una <b>apelación estándar</b>, escriba a la dirección que se muestra en la notificación de negación que le enviamos.</li> <li>• Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal <b>reúne los requisitos para recibir una decisión rápida</b>, escriba a:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaiser Foundation Health Plan, Inc.</li> <li>Expedited Review Unit</li> <li>P.O. Box 23170</li> <li>Oakland, CA 94623-0170</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>SITIO WEB DE MEDICARE</b></p>	<p>Puede enviar una queja informal sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal en línea a Medicare, vaya a <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a>.</p>

**Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D**

Una decisión sobre la cobertura es una determinación que realizamos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre el monto que el plan pagará por sus medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en su plan. Una apelación es una vía formal para pedirnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado sobre la cobertura.

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

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o realizar apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 "Qué hacer si tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)". Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones acerca de la cobertura o apelaciones.

<b>Método</b>	<b>Decisiones sobre la cobertura o apelaciones de los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-866-206-2973</b>  Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>711</b>  Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
<b>FAX</b>	<b>1-866-206-2974</b>
<b>ESCRIBA A</b>	Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Part D Unit P.O. Box 23170 Oakland, CA 94623-0170
<b>SITIO WEB</b>	<b>kp.org</b>

### **Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja informal sobre los medicamentos recetados de la Parte D**

Puede presentar una queja informal sobre nosotros o sobre una de las farmacias de la red, incluida una queja informal sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura. (Si su problema se relaciona con la cobertura o el pago de nuestro plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o cómo hacer apelaciones.) Para obtener más información sobre cómo presentar una queja informal sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, vea el Capítulo 9 "Qué hacer si usted tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)".

<b>Método</b>	<b>Quejas informales sobre los medicamentos recetados de la Parte D – Información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<p><b>1-800-443-0815</b></p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p>Si su queja informal <b>reúne los requisitos para recibir una decisión rápida</b>, llame a la Unidad de la Parte D al <b>1-866-206-2973</b>, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana. Consulte el Capítulo 9 para averiguar si su asunto reúne los requisitos para recibir una decisión rápida.</p>
<b>LÍNEA TTY</b>	<p><b>711</b></p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>
<b>FAX</b>	<p>Si su queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al <b>1-866-206-2974</b>.</p>
<b>ESCRIBA A</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para una <b>queja informal estándar</b>, escriba a su oficina local de Servicio a los miembros (consulte el <b>Directorio de Proveedores</b> para obtener ubicaciones).</li> <li>• Si su queja informal <b>reúne los requisitos para recibir una decisión rápida</b>, escriba a:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>Kaiser Foundation Health Plan, Inc.</li> <li>Part D Unit</li> <li>P.O. Box 23170</li> <li>Oakland, CA 94623-0170</li> </ul> </li> </ul>
<b>SITIO WEB DE MEDICARE</b>	<p>Puede enviar una queja informal sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal en línea a Medicare, vaya a <a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></p>

**Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos el porcentaje que nos corresponde por la atención médica o un medicamento que usted ha recibido**

Para obtener más información sobre las situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido de un proveedor, vea el Capítulo 7, "Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos".

**Por favor tenga en cuenta que:** Si nos envía una solicitud de pago y nosotros denegamos alguna parte de ella, usted puede apelar esta decisión. Vea el Capítulo 9, "Qué hacer si usted

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

tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)" para obtener más información.

<b>Método</b>	<b>Solicitudes de pago – Información de contacto</b>	
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-443-0815</b>	
	<p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p> <p><b>Nota:</b> Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al <b>1-866-206-2973</b>. De 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana.</p>	
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>711</b>	
	<p>Las llamadas a este número no tienen costo.</p> <p>Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.</p>	
<b>ESCRIBA A</b>	Kaiser Foundation Health Plan Claims Department P.O. Box 24010 Oakland, CA 94623-1010	<p><b>Nota:</b> Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor de la red, puede enviar por fax su solicitud al <b>1-866-206-2974</b> o escribirnos a P.O. Box 23170, Oakland, CA 94623-0170.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<b>kp.org</b>	

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

Medicare es un programa federal de seguro de salud para personas de 65 años de edad o más, ciertas personas menores de 65 años de edad con discapacidades y gente con enfermedad renal en fase terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de servicio de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, "CMS"). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Método	Medicare – información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<p><b>1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227</b></p> <p>Las llamadas a este número no tienen costo. 24 horas al día, siete días a la semana.</p>
<b>LÍNEA TTY</b>	<p><b>1-877-486-2048</b></p> <p>Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial, y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo.</p>
<b>SITIO WEB</b>	<p><b><a href="https://www.medicare.gov">https://www.medicare.gov</a></b></p> <p>Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de atención de salud domiciliaria y centros de diálisis. Incluye folletos para imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p>Además, el sitio web de Medicare ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sobre las opciones de inscripción, con las siguientes herramientas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Herramienta de elegibilidad de Medicare:</b> Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare.</li> <li>• <b>Buscador de planes de Medicare:</b> Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de MediGap (Seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser los costos de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.</li> </ul> <p>También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja informal que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Informe a Medicare sobre su queja informal:</b> Puede enviar una queja informal sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal a Medicare, vaya a <b><a href="https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx">https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</a></b>. Medicare se toma en serio sus quejas informales y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.</li> </ul> <p>Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. O puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Ellos la buscarán en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b> las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>).</p>

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

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

El Programa estatal de asistencia del seguro de salud (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*).

Opera de forma independiente (sin afiliación a ninguna compañía de seguro o plan de salud). Es un programa estatal que obtiene financiamiento del gobierno federal y que ofrece asesoramiento gratuito sobre seguros de salud a las personas que tienen Medicare.

Los consejeros de HICAP pueden ayudarle a resolver cualquier problema o pregunta que tenga sobre Medicare. Por ejemplo, pueden proporcionarle información sobre sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas informales sobre los tratamientos o la atención médica que recibe y colaborar para solucionar cualquier problema con las facturas de Medicare. Los consejeros de HICAP también pueden explicarle en qué consisten las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Programa de Asesoramiento y Defensa del Seguro de Salud (SHIP de California) – Información de contacto
LLAME AL	1-800-434-0222
LÍNEA TTY	711
ESCRIBA A	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	<a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>

### SECCIÓN 4. Organización para la Mejora de la Calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare)

Existe una Organización para la mejora de la calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En California, la Organización para la mejora de la calidad se llama Livanta.

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

Debe contactar con Livanta si:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibe.
- Cree que su cobertura para su hospitalización está próxima a finalizar.
- Cree que su cobertura para atención de salud domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o para los servicios de un Centro integral de rehabilitación para pacientes externos (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*) finaliza demasiado pronto.

<b>Método</b>	<b>Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de California) – información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-877-588-1123</b> Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.; fines de semana y días festivos, de 11 a. m. a 3 p. m.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>1-855-887-6668</b> Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="http://www.BFCCQIOArea5.com">www.BFCCQIOArea5.com</a></b>

## **SECCIÓN 5. Seguro Social**

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de una persona en Medicare y se encarga de gestionar la inscripción. Los ciudadanos y los residentes permanentes legales estadounidenses de 65 años de edad o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal en fase terminal y que además cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si usted recibe cheques del Seguro Social, queda automáticamente inscrito en Medicare. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. La oficina del Seguro Social se encarga del proceso de inscripción en Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar la oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le comunica que debe pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre esa cantidad o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para pedir que reconsideren su caso.

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

Si se muda o cambia su dirección de correo, es importante que contacte con el Seguro Social para informar de ello.

Método	Seguro Social – información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-772-1213</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Disponible de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social durante las 24 horas del día para escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>1-800-325-0778</b> Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial, y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo. Disponible de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="https://www.ssa.gov">https://www.ssa.gov</a></b>

### **SECCIÓN 6. Medicaid** (programa conjunto federal y estatal que ofrece ayuda financiera para costos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados)

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

Además, a través de Medicaid se ofrecen programas que ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tal como las primas de Medicare. Estos "Programas de ahorro de Medicare" ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare calificado (*Qualified Medicare Beneficiary, QMB*):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B y otros costos compartidos (como pagos deducibles, coseguros y copagos). Algunas personas que tienen QMB también tienen los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario con bajos ingresos específico de Medicare (*Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB*):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas que tienen SLMB también tienen los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Persona que reúne los requisitos (*Qualified Individual, QI*):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades y con trabajo que reúnen los requisitos (*Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI*):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Contacte con Medi-Cal (Medicaid) si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que obtiene de Medicaid.

<b>Método</b>	<b>Medi-Cal (programa de Medicaid para California) – información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-952-5253</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Puede usar los servicios telefónicos automáticos de Medi-Cal durante las 24 horas, escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>1-800-952-8349</b> Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial, y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
<b>ESCRIBA A</b>	California Department of Social Services 744 P Street Sacramento, California 95814
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.cdss.ca.gov/">http://www.cdss.ca.gov/</a>

La Oficina del Defensor General de los Pacientes del Departamento de Servicios para la Salud de California ayuda a las personas inscritas en Medicaid que tienen problemas con los servicios o la facturación. Pueden ayudarlo a presentar una queja informal o una apelación con nuestro plan.

<b>MÉTODO</b>	<b>Oficina del Defensor General de los Pacientes del Departamento de Servicios para la salud de California – información de contacto</b>
<b>LLAME AL</b>	<b>1-888-452-8609</b> Las llamadas a este número son gratis, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto días festivos del estado
<b>TTY</b>	<b>711</b>
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Ombudsman.aspx">http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Ombudsman.aspx</a>

El Programa del Defensor de los Pacientes para Atención a Largo Plazo del estado ayuda a personas a obtener información sobre centros de cuidados paliativos y resuelven los problemas entre las residencias y las personas que viven ahí o sus familias.

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

<b>MÉTODO</b>	Programa del Defensor de los Pacientes para Atención a Largo Plazo
<b>LLAME AL</b>	<b>1-800-510-2020</b> Las llamadas a este número son gratis, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
<b>ESCRIBA A</b>	Programa del Defensor de los Pacientes para Atención a Largo Plazo de si condado.
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.aging.ca.gov/Programs/LTCOP/">http://www.aging.ca.gov/Programs/LTCOP/</a>

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

### Programa de "Ayuda adicional" de Medicare

Como reúne los requisitos para Medicaid, califica para la "ayuda adicional" y la obtiene de Medicare para pagar sus costos de los medicamentos recetados del plan. No necesita hacer nada más para obtener esta "Ayuda adicional". Si tiene preguntas sobre la "Ayuda adicional", llame al:

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

Si considera que está pagando un monto incorrecto de costo compartido cuando recibe sus recetas médicas en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o bien, si usted ya tiene pruebas, para enviárnoslas.

Si no está seguro de qué pruebas debe proporcionarnos, por favor contacte con una farmacia de la red o la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. La evidencia, con frecuencia puede ser una carta de la oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social que confirme que usted califica para recibir "Ayuda adicional". La evidencia también puede ser documentación emitida por el estado con información de elegibilidad asociada con Servicios domésticos y comunitarios.

Es posible que usted o su representante autorizado deba proporcionar las pruebas a una farmacia de la red cuando obtiene recetas médicas cubiertas de la Parte D para que podamos cobrarle el monto del costo compartido adecuado hasta que los Centros de servicio de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*) actualicen los registros para que reflejen su estado actual. Una vez que CMS actualice sus registros, usted ya no tendrá que presentar pruebas

en la farmacia. Por favor proporciéndonos las pruebas de una de las siguientes formas para que podamos enviarlas a CMS para su actualización:

- Escriba a Kaiser Permanente a:  
California Service Center  
Attn: Best Available Evidence  
P.O. Box 232407  
San Diego, CA 92193-2407
- Envíelas por fax al **1-877-528-8579**.
- Llévelas a una farmacia de la red o a su oficina local de Servicio a los miembros en un centro de atención de la red.

Cuando recibamos las pruebas que demuestran su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que cuando obtenga su próxima receta médica en la farmacia pueda pagar el copago correcto. Si hace un pago superior a su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque con el monto del pago en exceso o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y procesa su copago como una deuda, podremos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Por favor contacte con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si tiene preguntas (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).

*¿Qué ocurre si tiene cobertura de un Programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)?*

*¿Qué es el Programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA?*

El Programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salven la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA de California. Importante: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, puede seguir proporcionándole asistencia con el costo compartido de recetas médicas de Medicare Parte D si se trata de medicamentos del formulario del ADAP. Para asegurarse de seguir recibiendo esta asistencia, por favor notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP de cualquier cambio en su número de póliza o el nombre del plan de Medicare Parte D. Llame al servicio de atención al cliente de ADAP al **1-844-421-7050** entre las 8 a. m. y las 5 p. m. (excepto días festivos).

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos con cobertura o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al servicio de atención al cliente de ADAP al **1-844-421-7050** entre las 8 a. m. y las 5 p. m. (excepto días festivos).

*¿Qué ocurre si obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para ayudarle a pagar sus costos de medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?*

La mayoría de nuestros miembros obtienen "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus costos de los medicamentos recetados del plan. Si obtiene "Ayuda adicional", el programa de

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

descuentos del período de intervalo en la cobertura de Medicare no le corresponde. Si recibe "Ayuda adicional", ya recibe cobertura para sus costos de medicamentos recetados durante el período de intervalo en la cobertura.

*¿Qué ocurre si no obtiene un descuento y cree que tiene derecho a recibirlo?*

Si cree que ha alcanzado el período de intervalo en la cobertura y no obtuvo un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su próxima notificación de **Explicación de beneficios de la Parte D**. Si el descuento no aparece en su **Explicación de beneficios de la Parte D**, debe contactar con nosotros para asegurarse de que los registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo con que tenga derecho a un descuento, puede apelar. Puede obtener ayuda presentando una apelación ante el Programa estatal de asistencia del seguro médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## SECCIÓN 8. Cómo contactar con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios (*Railroad Retirement Board*) es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del país y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Si recibe Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección de correo.

Método	Junta de Jubilación para Ferroviarios – información de contacto
<b>LLAME AL</b>	<b>1-877-772-5772</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Disponible de 9 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes. Si tiene un teléfono de botones, puede tener acceso a información grabada y servicios automatizados las 24 horas, incluidos los fines de semana y los días festivos.
<b>LÍNEA TTY</b>	<b>1-312-751-4701</b> Para usar este número necesita un equipo de teléfono especial y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número tienen costo.
<b>SITIO WEB</b>	<b><a href="https://www.secure.rrb.gov/">https://www.secure.rrb.gov/</a></b>

## **CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener servicios médicos**

<b>SECCIÓN 1. Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan.....</b>	<b>33</b>
Sección 1.1 ¿Qué son los "proveedores de la red" y los "servicios cubiertos"?	33
Sección 1.2 Reglas básicas para obtener atención médica con cobertura de nuestro plan.....	33
<b>SECCIÓN 2. Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.....</b>	<b>35</b>
Sección 2.1 Debe escoger un proveedor de atención médica primaria que le proporcione y supervise su atención.....	35
Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica no necesita la aprobación previa de su médico de atención primaria? .....	36
Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red.....	36
Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores de fuera de la red .....	39
<b>SECCIÓN 3. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre.....</b>	<b>39</b>
Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica.....	39
Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios .....	41
Sección 3.3 Obtención de atención durante un desastre.....	41
<b>SECCIÓN 4. ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? .....</b>	<b>42</b>
Sección 4.1 Puede solicitar que paguemos el porcentaje que nos corresponde de los costos de los servicios cubiertos.....	42
Sección 4.2 ¿Qué debe hacer si nuestro plan no cubre los servicios?.....	42
<b>SECCIÓN 5. Cobertura de los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica" .....</b>	<b>43</b>
Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?	43
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....	43

<b>SECCIÓN 6.</b>	<b>Reglas para recibir atención cubierta en una "institución religiosa no médica de cuidado de la salud" .....</b>	<b>45</b>
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud? .....	45
Sección 6.2	¿Qué servicios de atención proporcionados por instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud tienen cobertura del plan? .....	45
<b>SECCIÓN 7.</b>	<b>Reglas de titularidad del equipo médico duradero .....</b>	<b>46</b>
Sección 7.1	¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan?.....	46

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

Este capítulo le explica lo que tiene que saber sobre cómo usar nuestro plan para obtener atención médica con cobertura. Le ofrece definiciones de términos y le explica las reglas que debe seguir para acceder a tratamientos y servicios médicos y a otros tipos de atención médica que tienen cobertura bajo nuestro plan.

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

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

Vea a continuación algunas definiciones que le pueden ayudar a entender cómo obtener la atención y los servicios que tienen cobertura para los miembros de nuestro plan:

- Los **"proveedores"** son médicos y otros profesionales de la salud que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término "proveedores" también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **"proveedores de la red"** son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como un pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que usted recibe. Al usar uno de estos proveedores de la red, debe pagar un porcentaje del costo de los servicios cubiertos que le proporcionan.
- Los **"servicios cubiertos"** incluyen toda la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo de atención médica que tienen cobertura de nuestro plan. Vea una lista de los servicios cubiertos de atención médica en el cuadro de beneficios del Capítulo 4.

### Sección 1.2 Reglas básicas para obtener atención médica con cobertura de nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare.

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

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de beneficios de nuestro plan** (vea este cuadro en el Capítulo 4 de este folleto).

- **La atención que recibe se considera necesaria desde el punto de vista médico.** "Necesaria desde el punto de vista médico" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumple los estándares aceptados de práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención médica primaria de la red** que le proporciona y supervisa la atención. Como miembro de nuestro plan, le alentamos a que escoja un proveedor de atención médica primaria de la red (vea más información al respecto en la Sección 2.1 de este capítulo).
  - ◆ En la mayoría de los casos, su proveedor de atención médica primaria de la red de nuestro plan debe dar su aprobación por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención de salud domiciliaria. Esto se llama darle una "remisión" (para más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
  - ◆ No necesita una remisión de su proveedor de atención médica primaria para recibir atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin tener que solicitar la aprobación de su proveedor de atención médica primaria por adelantado (vea más información al respecto en la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de proveedores de la red** (vea más información al respecto en la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor de fuera de la red (es decir, que no pertenece a la red del plan) no tiene cobertura. He aquí tres excepciones:
  - ◆ Cubrimos la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor de fuera de la red. Vea más información al respecto y qué significa servicios necesarios con urgencia o en situaciones de emergencia en la Sección 3 de este capítulo.
  - ◆ Si necesita atención médica que Medicare requiere que sea cubierta por nuestro plan pero que no está disponible a través de los proveedores de nuestra red, puede recurrir a un proveedor de fuera de la red, si nuestro Grupo médico autoriza los servicios antes de que reciba la atención. Si utiliza esta opción, deberá pagar la misma cantidad que pagaría si recibiese la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener la aprobación para acudir a un médico de fuera de la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - ◆ Cubrimos servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.

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

### Sección 2.1 Debe escoger un proveedor de atención médica primaria que le proporcione y supervise su atención

#### ¿Qué es un proveedor de atención médica primaria y qué hace por usted?

Como miembro, puede escoger cualquier proveedor de la red que esté disponible para que sea su proveedor de atención médica primaria. Su proveedor de atención médica primaria es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un profesional médico enfermero(a) o un auxiliar médico para que sea su proveedor de atención médica primaria. Como se explica a continuación, usted recibirá la atención básica y de rutina de su proveedor de atención médica primaria. Su proveedor de atención médica primaria también se encargará de coordinar el resto de los servicios cubiertos que usted recibe como miembro de nuestro plan. Por ejemplo, para consultar a un especialista, normalmente deberá obtener en primer lugar la aprobación de su proveedor de atención médica primaria (es decir, obtener una "remisión" para un especialista).

Su proveedor de atención médica primaria le proporcionará la mayor parte de la atención y planificará o coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. La "coordinación" de sus servicios incluye consultar a otros proveedores de la red sobre su atención y su progreso. Si necesita determinados tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener una aprobación por anticipado de su proveedor de atención médica primaria (por ejemplo, si necesita consultar a un especialista). En algunos casos, su proveedor de atención médica primaria tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros (consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información).

#### ¿Cómo escoge o cambia su proveedor de atención médica primaria?

En cualquier momento, puede elegir un proveedor de atención médica primaria entre cualquiera de los médicos disponibles de la red, que son generalistas en medicina interna o medicina de familia o especialistas en obstetricia/ginecología, para que el grupo médico lo designe como su proveedor de atención médica primaria. Usted puede cambiar su proveedor de atención médica primaria por cualquier motivo y en cualquier momento. También puede suceder que su proveedor de atención médica primaria deje de participar en nuestra red de proveedores y que usted deba escoger uno nuevo.

Para elegir o cambiar un proveedor de atención médica primaria, por favor llame al número de teléfono de "selección de médico personal" que figura en su **Directorio de Proveedores**, del centro de atención que quiera utilizar. También puede realizar su selección en **kp.org/mydoctor/connect**. Además, su **Directorio de Proveedores** le ofrece más información sobre la selección de su proveedor de atención médica primaria. Si hay un especialista u hospital del plan en concreto que quiera utilizar, compruebe primero que su proveedor de atención médica primaria realiza remisiones a ese especialista o usa ese hospital. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

## Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica no necesita la aprobación previa de su médico de atención primaria?

**Vea a continuación los servicios para los que no necesita una aprobación previa de su proveedor de atención médica primaria:**

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías de evaluación (rayos-X del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando use un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, 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 de fuera de la red.
- Servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red o de fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio).
- Servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. (Si es posible, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera). Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- Segundas opiniones de otro proveedor de la red excepto para determinada atención especializada.
- Citas en las siguientes áreas: optometría, psiquiatría y abuso de sustancias.
- Servicios de atención preventiva, excepto exámenes de detección de aneurisma de la aorta abdominal, terapia nutricional médica, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia preventiva, enema de bario, densitometría ósea y pruebas de laboratorio.

## Sección 2.3 Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

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

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

### **Remisiones de su proveedor de atención médica primaria**

En general, su proveedor de atención médica primaria se encarga de la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Solo existen unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin contar con la aprobación previa de su proveedor de atención médica primaria, los cuales se describen en la Sección 2.2 de este capítulo. Cuando su proveedor de atención médica primaria (PCP) receta un tratamiento especializado, le dará una remisión para consultar con un especialista del plan u otros proveedores de la red, según sea necesario. Si un médico del plan le remite a un especialista, la remisión será para un plan de tratamiento específico. Su plan de

tratamiento puede incluir una remisión abierta si se le receta atención permanente del especialista. Por ejemplo, si tiene una enfermedad que pone en peligro la vida, es degenerativa o discapacitante, puede obtener una remisión abierta para un especialista, en caso de que sea necesaria atención continua por parte del especialista.

### **Autorización previa**

Para los servicios y artículos enumerados a continuación y en las Secciones 2.1 y 2.2 del Capítulo 4, su proveedor de atención médica primaria tendrá que obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan o Grupo médico (esto se llama obtener una "autorización previa"). Solo médicos titulados u otros profesionales médicos adecuadamente titulados tomarán las decisiones sobre las solicitudes de autorización.

- Si su proveedor de atención médica primaria determina que necesita **servicios cubiertos que no están disponibles a través de los proveedores de la red**, recomendará al Grupo médico que se le remita a un proveedor de fuera de la red y que trabaje dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el Grupo médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico pero que no están disponibles a través de un proveedor de la red. Las remisiones a médicos de fuera de la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una remisión abierta si se receta atención continua. Por favor pregunte a su médico de la red qué servicios han sido autorizados. Si el especialista de fuera de la red quiere que vuelva para recibir más atención, asegúrese de comprobar si la remisión cubre más visitas al especialista. En caso de que no sea así, por favor contacte con su proveedor de atención médica primaria.
- Después de ser notificados de que necesita **atención de postestabilización** de un proveedor de fuera de la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su enfermedad con el proveedor de fuera de la red. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que esta estaría cubierta si la recibiera de parte de un proveedor de la red, autorizaremos la atención de parte de un proveedor de fuera de la red solo si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de parte de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Por favor consulte la Sección 3.1 de este capítulo para obtener más información.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos asociados.
- Si el proveedor de atención médica primaria le hace una remisión por escrito para un **trasplante**, la junta o el comité asesor regional de trasplantes (de existir) del Grupo médico, autorizará los servicios si determina que son necesarios desde el punto de vista médico o si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Si no existiera una junta o comité de trasplantes, el Grupo médico le hará una remisión a uno o más médicos de un centro de trasplantes y autorizará los servicios si el o los médicos del centro de trasplantes determinan que son necesarios desde el punto de vista médico o tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Importante: Un médico del plan puede realizar o autorizar un trasplante de córnea sin seguir el procedimiento de autorización de trasplantes del Grupo médico.
- **Equipo médico duradero, suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas.** El proceso de autorización previa para el equipo médico duradero, suministros para ostomía, urología o cuidado de heridas incluye el uso de las pautas detalladas. Un grupo de trabajo multidisciplinario clínico y operativo con el aporte y la revisión de médicos del plan y profesionales de la salud con experiencia clínica desarrolló estas pautas. Las pautas detalladas se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en la tecnología y las prácticas médicas. Si el médico de su plan le receta uno de estos artículos, presentará una remisión por

escrito a nuestro coordinador del equipo médico duradero del hospital. Si las pautas detalladas o las de Medicare no especifican que el artículo recetado es adecuado para su afección médica, se presentará la remisión al médico del Grupo médico designado por el plan, quien tomará la decisión sobre la autorización, como se describe en "Plazos de las decisiones del Grupo médico" en esta sección "Autorización previa".

**Plazos de las decisiones del Grupo médico:** La persona designada del Grupo médico que corresponda tomará una decisión sobre la autorización en un plazo apropiado para su enfermedad, pero antes de transcurridos cinco días hábiles desde el momento en que recibe toda la información (incluidos los resultados de pruebas y exámenes adicionales) razonablemente necesaria para tomar la decisión, excepto las decisiones sobre servicios de atención urgente, las cuales se tomarán antes de transcurridas 72 horas de haber recibido la información razonablemente necesaria. Si Medical Group 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 les notificará a usted y al médico que le trata sobre la necesidad de obtener pruebas, información u opiniones especializadas adicionales, y la fecha en que se espera que Medical Group tome una decisión.

Se informará la decisión tomada al médico que le trata en un plazo de 24 horas. Si se autorizan los servicios, se le informará a su médico sobre el alcance de los servicios autorizados. Si el Grupo médico no autoriza todos los servicios, le enviaremos un documento con la decisión y una explicación por escrito en un plazo de dos días hábiles después de que se haya tomado la decisión. Usted podrá tener acceso, previa solicitud, a cualquier criterio por escrito utilizado por el Grupo médico para tomar la decisión de aprobar, modificar, demorar o denegar el pedido de autorización.

Si el Grupo médico no autoriza todos los servicios solicitados y usted desea apelar la decisión, puede presentar una apelación, como se describe en el Capítulo 9.

### **¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en nuestro plan?**

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

- Aunque nuestra red de proveedores cambie en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que esté recibiendo y nosotros colaboraremos con usted para asegurar que así sea.

- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor previo o que no se ha administrado apropiadamente su atención, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista va a dejar su plan, por favor comuníquese con nosotros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

## **Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores de fuera de la red**

La atención que recibe de un proveedor de fuera de la red no estará cubierta salvo en las siguientes situaciones:

- Servicios necesarios con urgencia o en situaciones de emergencia que recibe de un proveedor de fuera de la red. Vea más información al respecto y qué significa servicios necesarios con urgencia o en situaciones de emergencia, en la Sección 3 de este capítulo.
- Medical Group autoriza una remisión a un proveedor fuera de la red que se menciona en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis de riñón 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 para otra región de Kaiser Permanente, podrá recibir algunos servicios cubiertos según esta **Evidencia de Cobertura** de proveedores designados en dicha área de servicios. Por favor, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o a nuestra línea para viajeros lejos de casa al **1-951-268-3900** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto los días festivos), línea **TTY 711**, para obtener más información cuando visita otra área de servicios en la región de Kaiser Permanente, incluida la información sobre cobertura y ubicaciones de los centros de atención en el distrito de Columbia y partes del sur de California, Colorado, Georgia, Hawai, Maryland, Oregon, Virginia y Washington.

## **SECCIÓN 3. Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre**

### **Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica**

#### **¿Qué es una “emergencia médica” y qué debo hacer si tengo una?**

Una "emergencia médica" es una situación en la que usted, o cualquier otra persona legítima prudente con un conocimiento promedio en salud y medicina, crea que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

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

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque 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 una remisión de su proveedor de atención médica primaria.
- **Asegúrese de que se notifique a nuestro plan sobre la emergencia lo antes posible.** Necesitamos hacer un seguimiento de la atención de emergencia que recibe. Usted u otra persona deben llamar al plan, en general en un plazo de 48 horas, para informar sobre la atención de emergencia que recibe. Encontrará el número al que debe llamar en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

### ¿Qué servicios tienen cobertura en una emergencia médica?

Usted puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos. Cubrimos los servicios de ambulancia en los casos en que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio puede poner en riesgo su salud. Usted puede obtener atención médica de emergencia con cobertura cuando la necesite (incluida una ambulancia), en cualquier parte del mundo (son necesarios formularios de reclamación). Vea más información al respecto en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 de este folleto.

Si tiene una emergencia, nos comunicaremos con los médicos que lo atienden para ayudar a coordinar la atención de emergencia y hacer un seguimiento de la atención que recibe. Los médicos que le proporcionan la atención de emergencia serán quienes determinen si la emergencia médica ha pasado y si su estado es estable.

Una vez que la emergencia haya pasado, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento, para asegurarse de que su estado sigue siendo estable. Cubriremos su atención de postestabilización de seguimiento de acuerdo con las pautas de Medicare. Si recibe atención de emergencia de proveedores de fuera de la red, haremos lo necesario para que reciba su atención médica lo antes posible a través de proveedores de la red, si su afección médica y las circunstancias lo permiten. Si usted necesita atención de postestabilización de un proveedor de fuera de la red, es muy importante que su proveedor nos llame para obtener autorización previa. En la mayor parte de los casos, deberá hacerse cargo de los gastos únicamente si recibe una notificación por parte nuestra o del proveedor que no pertenece a la red sobre su posible responsabilidad.

### ¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces es 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 pensase 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:

- Recibe la atención adicional de un proveedor de la red.
- O la atención adicional que recibe se considera "servicios necesarios con urgencia" y usted sigue las reglas para obtener esta atención de urgencia (vea más información en la Sección 3.2 a continuación).

## Sección 3.2 Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios

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

Los "servicios necesarios con urgencia" son enfermedades, lesiones o trastornos médicos **imprevistos** y no de emergencia que requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores de fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente. La condición de imprevistos podría, por ejemplo, consistir en un brote imprevisto de un trastorno conocido que tenga.

### ¿Qué ocurre si está dentro de nuestra área de servicio y tiene una necesidad urgente de atención?

Siempre debe tratar de obtener los servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o están inaccesibles temporalmente, y no resulta razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios necesarios con urgencia que obtenga de un proveedor de fuera de la red.

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros(as) consejeros(as) compuesto por enfermeros(as) titulados(as) con capacitación especial para evaluar síntomas médicos y proporcionar sugerencias por teléfono, siempre que sea médicamente apropiado. Ya sea que llame para pedir un consejo o hacer una cita, puede hablar con un(a) enfermero(a) consejero(a). Con frecuencia, pueden responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué pasos seguir, incluido hacer citas de atención de urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero(a) consejero(a) o hacer una cita, por favor consulte su **Directorio de Proveedores** para conocer los números de teléfono para citas y consejos.

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

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

## Sección 3.3 Obtención de atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (*U.S. Secretary of Health and Human Services*) o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención por nuestra parte.

Por favor visite el siguiente sitio web, **kp.org** para consultar información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

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

En términos generales, durante un desastre, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos obtener atención de proveedores fuera de la red en costo compartido dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia de fuera de la red. Por favor consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información.

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

##### **Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de los costos de los servicios cubiertos**

Si paga más de lo que le corresponde por servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de un servicio médico cubierto, vea el Capítulo 7, "Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos", para ver información sobre qué debe hacer.

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

Cubrimos todos los servicios médicos que sean necesarios desde el punto de vista médico, mencionados en el Cuadro de beneficios (este cuadro está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtengan conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que el plan no cubre, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se obtuvieron fuera de la red y no fueron autorizados.

Si tiene cualquier pregunta sobre si pagaremos por cualquier servicio o atención médica que está pensando recibir, tiene el derecho de preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene derecho a preguntar esto por escrito. Si le respondemos que no cubriremos el servicio, tiene derecho a apelar esta decisión.

Vea en el Capítulo 9, "Qué hacer si usted tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)" más información sobre qué hacer si necesita una decisión sobre la cobertura o bien quiere apelar una decisión tomada. También puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener más información (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).

En el caso de los servicios cubiertos con limitación de beneficios, debe pagar el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber usado la totalidad de los beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague una vez que se haya terminado el beneficio no contará para sus gastos máximos de bolsillo. Para saber cuánto ha usado del límite de un beneficio, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

**Nota:** Si un servicio no está cubierto por nuestro plan, podría estar cubierto por Medicaid. Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener información sobre si el servicio está cubierto por Medicaid y cómo obtener los servicios.

## **SECCIÓN 5. Cobertura de los servicios médicos cuando participa en un "estudio de investigación clínica"**

### **Sección 5.1 ¿Qué es un "estudio de investigación clínica"?**

Un estudio de investigación clínica (también llamado "ensayo clínico") es un método que usan los médicos y los científicos para probar nuevos tipos de atención médica; por ejemplo, la eficacia de un nuevo medicamento para el tratamiento del cáncer. Para probar estos nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica, se solicita la colaboración de voluntarios. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación y permite a los médicos y científicos determinar si un enfoque nuevo es eficaz y seguro.

No todos los estudios de investigación clínica están disponibles para los miembros de nuestro plan. Medicare o nuestro plan debe aprobar primero el estudio de investigación. Si usted participa en un estudio que no tiene la aprobación de Medicare o nuestro plan, será responsable de pagar todos los costos que pudiesen surgir relacionados con su participación en el estudio.

Una vez que Medicare o nuestro plan aprueba el estudio, alguien que trabaja en el estudio contactará con usted para darle más información al respecto y determinar si reúne los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos y si entiende y acepta por completo todo lo que implica formar parte del estudio.

Si usted participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de la atención que necesita (es decir, la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

No necesita una autorización nuestra o de su proveedor de atención médica primaria para participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. Tampoco es necesario que los proveedores que le ofrecen atención como parte del estudio de investigación clínica pertenezcan a la red de proveedores de nuestro plan.

Aunque no necesita una autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, sí debe informarnos al respecto antes de empezar.

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

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

Cuando se inscribe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, tiene cobertura para los servicios y artículos de rutina que reciba como parte del estudio, lo que incluye:

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

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

Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que usted recibe como parte del estudio. Una vez que Medicare haya pagado su porcentaje de los costos por estos servicios, nuestro plan también pagará por parte de los costos:

- Nosotros pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido 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.

Le ofrecemos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que le hacen una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos que su porcentaje de los costos de esta prueba es de \$20 en virtud de Original Medicare, pero la prueba costaría \$10 en virtud de los beneficios del plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, que es el mismo monto que pagaría en virtud de los beneficios del plan.

- Para que paguemos nuestra parte de los costos, deberá presentar una solicitud de pago. Con su solicitud, deberá enviarnos una copia de su Resumen de avisos de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- En general, Medicare no pagará por el artículo o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que este artículo o servicio tuviese cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporciona sin costo a usted o a cualquier participante.
- Los artículos o servicios que recibe solo para obtener información y que no se usan para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que forman parte del estudio si el tratamiento de su afección médica en general requeriría solo una tomografía computarizada.

### ¿Desea saber más?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación "*Medicare and Clinical Research Studies*" (Medicare y los estudios de investigación clínica) en el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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

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

Una institución religiosa no médica de cuidado de la salud es un centro que proporciona atención para el tratamiento de una enfermedad que, regularmente, se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si obtener atención en un hospital o un 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 la salud. Usted puede escoger recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se ofrece solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios no médicos de cuidado de la salud). Medicare pagará los servicios no médicos de cuidado de la salud solo si se reciben en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud.

### Sección 6.2 ¿Qué servicios de atención proporcionados por instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud tienen cobertura del plan?

Para recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidado de la salud, primero debe firmar un documento legal para indicar que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea no excluido ("*non-excepted*").

- Atención o tratamiento médico no excluido ("*non-excepted*") 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 una ley local, estatal o federal.
- Tratamiento médico excluido ("*excepted*") se refiere a cualquier tipo de tratamiento o atención médica al que el paciente se somete de forma involuntaria o que es obligatorio conforme a una ley local, estatal o federal.

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

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- La cobertura por parte de nuestro plan de los servicios que recibe se limita al aspecto no religioso de la atención.
- Si recibe los servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
  - ♦ Debe tener una afección médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de hospital para paciente interno o de un centro de enfermería especializada.
  - ♦ – y – debe obtener una aprobación previa del plan para ser admitido en el centro de atención; de lo contrario, la estadía no tendrá cobertura.

**Importante:** Los servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y requisitos de costo compartido que los servicios proporcionados por proveedores de la red, según se describe en los Capítulos 4 y 12.

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

## **SECCIÓN 7. Reglas de titularidad del equipo médico duradero**

### **Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar un determinado número de pagos en virtud de nuestro plan?**

Equipo médico duradero incluye artículos tales 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 IV, nebulizadores y camas de hospital pedidos por un proveedor para uso en el hogar. Determinados artículos, tales como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección, comentamos otros tipos de equipo médico duradero que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de equipo médico duradero son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan no adquirirá la titularidad de los artículos de equipo médico duradero alquilados, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de equipo médico duradero con la cobertura de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la titularidad independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

#### **¿Qué ocurre con los pagos que ha realizado por el equipo médico duradero (EMD) si cambia a Original Medicare?**

Si no adquirió la titularidad del artículo de EMD mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para poder ser titular del artículo. Los pagos que hizo mientras pertenecía a nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

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

---

**CAPÍTULO 4. Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted)**

<b>SECCIÓN 1.</b>	<b>Descripción de los costos de su bolsillo por servicios cubiertos .....</b>	<b>48</b>
Sección 1.1	No tiene que pagar nada para recibir sus servicios cubiertos .....	48
Sección 1.2	¿Cuál es el máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?.....	48
<b>SECCIÓN 2.</b>	<b>Consulte en este Cuadro de beneficios qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos .....</b>	<b>49</b>
Sección 2.1	Sus costos y beneficios médicos como miembro de nuestro plan .....	49
<b>SECCIÓN 3.</b>	<b>¿Qué servicios tienen cobertura fuera de nuestro plan? .....</b>	<b>101</b>
Sección 3.1	Servicios <i>sin</i> cobertura del plan .....	101
<b>SECCIÓN 4.</b>	<b>¿Qué servicios no cubre nuestro plan? .....</b>	<b>102</b>
Sección 4.1	Servicios <i>sin</i> cobertura del plan (exclusiones).....	102

## SECCIÓN 1. Descripción de los costos de su bolsillo por servicios cubiertos

En este capítulo, se explican los servicios cubiertos y lo que usted paga por estos servicios. Aquí se incluye un Cuadro de beneficios que enumera los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Más adelante en este mismo capítulo también encontrará información sobre los servicios médicos que no tienen cobertura y los límites que se aplican a ciertos servicios. Por favor consulte también los Capítulos 3, 11 y 12 para ver información adicional sobre la cobertura, incluidas las limitaciones (como coordinación de beneficios, equipo médico duradero, atención de salud domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y responsabilidad civil de terceros).

### Sección 1.1 No tiene que pagar nada para recibir sus servicios cubiertos

Como obtiene asistencia de Medicaid, no pagará nada por sus servicios cubiertos siempre que siga las reglas del plan para obtener atención. (Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre las reglas del plan para obtener atención médica).

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

Nota: Como nuestros miembros también obtienen asistencia de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan este gasto máximo de bolsillo. Usted no es responsable de pagar ningún costo de su bolsillo para alcanzar los gastos máximos de bolsillo para los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B.

Como está inscrito en un plan Advantage de Medicare, existe un límite a cuánto deba pagar de su bolsillo por año para servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte el Cuadro de beneficios en la Sección 2, a continuación). Este límite se llama monto de gastos máximos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, lo máximo que tendrá que pagar de su bolsillo por servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red en 2019 serán **\$3,400**. Los montos que paga por sus primas del plan y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan respecto al monto de gastos máximos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan respecto al monto de gastos máximos de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco (\*) en el Cuadro de beneficios. Si alcanza los gastos máximos de bolsillo de **\$3,400**, no tendrá que pagar ningún gasto de su bolsillo durante el resto del año para los servicios cubiertos de la Parte A y de la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando su prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

## SECCIÓN 2. Consulte en este Cuadro de beneficios qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos

### Sección 2.1 Sus costos y beneficios médicos como miembro de nuestro plan

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

- Los servicios cubiertos de Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, y los servicios, suministros y equipos) deben ser necesarios desde el punto de vista médico. "Necesarios desde el punto de vista médico" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumple los estándares aceptados de práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no estará cubierta la atención que reciba de un proveedor de fuera de la red. En el Capítulo 3 se proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y sobre las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor de fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención médica primaria que le proporciona y supervisa la atención. En la mayoría de los casos, su proveedor de atención médica primaria debe darle su aprobación por anticipado antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se llama darle una "remisión". En el Capítulo 3 se proporciona más información sobre cómo obtener una remisión y sobre cuáles son las situaciones en las que no necesita una remisión.
- Algunos de los servicios que se enumeran en el Cuadro de beneficios tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación (a veces llamada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que requieren una aprobación previa aparecen en el Cuadro de beneficios con una nota al pie (†). Además, consulte la Sección 2.2 de este capítulo y la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre la autorización previa, lo que incluye otros servicios que requieren autorización previa que no se mencionan en el Cuadro de beneficios.

Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos recetados. Medicaid cubre sus costos compartidos para los servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que no cubre Medicare.
- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted** 2019. Consúltelo en línea en <https://www.medicare.gov> o solicite una copia llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

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

- Respecto a todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo bajo Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o control para una afección médica existente durante la visita en que recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- En ocasiones, Medicare añade cobertura bajo Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade cobertura para cualquier servicio durante 2019, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si está dentro del período de cuatro meses de nuestro plan en el que sigue siendo elegible, , seguiremos proporcionando todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este período, tendrá que consultar qué cubrirá Medicaid, si es que cubre algo, por los servicios que no cubra nuestro plan pero cubra Medicaid. Además, es posible que cambien el costo compartido por los medicamentos de la Parte D y primas que paga. Los montos del costo compartido de los beneficios complementarios y básicos de Medicare no cambian durante este período.

No pagará nada por los servicios incluidos en el Cuadro de beneficios, siempre que cumpla con los requisitos de cobertura descritos anteriormente.

 Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el Cuadro de beneficios.

Para obtener un resumen de los beneficios de Medi-Cal (Medicaid) y del costo compartido, consulte el “Resumen de beneficios cubiertos por Medicaid” al final del Cuadro de beneficios. Comuníquese con su agencia de Medi-Cal (Medicaid) para determinar su nivel de costo compartido a través de Medi-Cal (Medicaid).

### Cuadro de beneficios

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Examen de detección de aneurisma de la aorta abdominal</b></p> <p>Un solo ultrasonido de detección para las personas con riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una remisión para ello de su médico, el asistente médico, la enfermera practicante o la enfermera especialista.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta detección preventiva.</p>
<p><b>Servicios de ambulancia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen el traslado en avión o helicóptero, o por tierra hasta el centro de atención adecuado más cercano que pueda proporcionar atención solo si se provee a un miembro cuya afección médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si está autorizado por nuestro plan.</li> <li>• También cubrimos los servicios de una ambulancia matriculada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta de emergencias <b>911</b>, cuando esté disponible) si considera, dentro de lo razonable, que presenta un problema médico de emergencia y considera que, de forma razonable, su problema médico necesita el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia.</li> <li>• Puede que necesite presentar una reclamación de reembolso salvo que el proveedor acepte facturarnos a nosotros (consulte el Capítulo 7).</li> <li>• El traslado que no es de emergencia en ambulancia se considera apropiado si se documenta que, debido a la afección del miembro, utilizar otro medio de transporte podría poner en peligro su salud y que el traslado en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Visita para el bienestar anual</b></p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted puede obtener una visita para el bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo vigentes. Se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p><b>Importante:</b> Su primera visita para el bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado una visita de "Bienvenida a Medicare" para tener cobertura de visitas para el bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la visita para el bienestar anual.</p>
<p> <b>Densitometría ósea</b></p> <p>Para los individuos que cumplen con los requisitos (generalmente, esto significa personas con riesgo de perder masa ósea o de tener osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con más frecuencia si es 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 de los resultados por un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>
<p> <b>Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una mamografía inicial entre las edades de 35 y 39 años.</li> <li>• Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres a partir de los 40 años de edad.</li> <li>• Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p><b>Servicios de rehabilitación cardíaca</b></p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen determinadas condiciones y cuentan con la orden de un médico. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que habitualmente son más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (tratamiento para la enfermedad cardiovascular)</b></p> <p>Cubrimos una visita por año con su proveedor de atención médica primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede comentar el uso de aspirina (si resulta adecuado), comprobar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo en forma saludable.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de la enfermedad cardiovascular de terapia intensiva del comportamiento.</p>
<p> <b>Pruebas para la enfermedad cardiovascular</b></p> <p>Análisis de sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible por las pruebas para la enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada cinco años.</p>
<p> <b>Pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses.</li> <li>• Si tiene un alto riesgo de cáncer de cuello uterino y vaginal o si está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en el transcurso de los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.</li> </ul>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cubrimos solo la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación. Estos servicios cubiertos por Medicare están cubiertos cuando los proporciona un proveedor de la red o un quiropráctico si tiene una remisión de un proveedor de la red.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Detección de cáncer colorrectal</b></p> <p>Las personas a partir de los 50 años de edad tienen cobertura para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.</li> <li>• Uno de los siguientes, cada 12 meses:           <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayacol (<i>Guaiac-based fecal occult blood test</i>, gFOBT)</li> <li>♦ Prueba inmunoquímica fecal (<i>Fecal immunochemical test</i>, FIT):</li> </ul> </li> <li>• Prueba de detección colorrectal basada en el ADN cada tres años.</li> <li>• En el caso de personas con alto riesgo de presentar cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.</li> <li>• En el caso de personas que no tengan un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses) pero no en los 48 meses siguientes a una sigmoidoscopia de detección.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p>
<p><b>Servicios dentales</b></p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y rayos-X dentales) no están cubiertos por Original Medicare . Nosotros cubrimos:</p> <p>El plan de salud tiene un acuerdo con Delta Dental of California ("Delta Dental") para ofrecerle el programa DeltaCare® USA Dental HMO. DeltaCare USA proporciona atención dental completa a través de una red de dentista contratados por Delta Dental para brindar servicios dentales. Para obtener información sobre proveedores dentales, consulte el <b>Directorio de proveedores dentales</b>.</p>	<p><b>Sin cargo</b> para servicios cubiertos descritos en la sección de "DeltaCare (Programa DeltaCare USA Dental HMO)" al final de este cuadro.</p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Evaluación de la depresión</b></p> <p>Cubrimos una detección de la depresión por año. La detección debe realizarse en un entorno de atención médica primaria que puede proporcionar tratamiento y/o remisiones de seguimiento.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por una visita de detección de la depresión anual.</p>
<p> <b>Pruebas de detección de la diabetes</b></p> <p>Cubrimos este examen de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: alta presión arterial (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 se pueden cubrir si usted cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Sobre la base de los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p><b>Suministros y servicios para el diabético y capacitación para el autocontrol de la diabetes</b></p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• †Suministros para monitorizar su glucemia: Monitor de glucemia, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos de lancetas, y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y monitores.</li> <li>• †Para personas con diabetes que tienen la enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida por año calendario (incluidas las plantillas correspondientes) y dos pares adicionales de plantillas o un par de zapatos de profundidad extra y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>  La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones.            †Importante: Puede escoger recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes a través de un programa que no pertenece a nuestro plan y que es reconocido por la Asociación Americana de Diabetes (American Diabetes Association) y aprobado por Medicare.         </li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio preventivo de capacitación para autocontrol de la diabetes.</p>
<p><b>Equipo médico duradero y suministros relacionados†</b>        (Para ver una definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos necesarios desde el punto de vista médico cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en <a href="http://kp.org/directory">kp.org/directory</a>.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Atención de emergencia</b></p> <p>La atención de emergencia se refiere a servicios que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• son suministrados por un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia y</li> <li>• son necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.</li> </ul> <p>Una emergencia médica es una situación en la que usted, o cualquier otra persona legamente prudente con un conocimiento promedio en salud y medicina, crea que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que están fuera de la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red.</p> <p><b>Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</b></p>	<p><b>Sin cargo</b></p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital que está fuera de la red y necesita atención como paciente interno después de que se estabiliza su afección de emergencia, para que la atención que reciba siga teniendo cobertura, debe trasladarse a un hospital de la red o, bien, obtener una autorización del plan para recibir su atención como paciente interno en un hospital que esté fuera de la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviese en un hospital de la red.</p>
<p> <b>Programas de educación para la salud y el bienestar</b></p> <p>Como parte de nuestros Programas de estilo de vida saludable, nuestro plan cubre una serie de clases de educación para la salud de grupo que incluyen: corazón saludable, vivir con afecciones crónicas y depresión. Los Programas de estilo de vida saludable son proporcionados por un educador de salud certificado u otro profesional de la salud calificado.</p> <p>Con el fin de ayudarle a que participe activamente en el cuidado y mejora de su salud, cubrimos diversos programas de asesoramiento en educación para la salud y materiales, incluidos programas para tratar enfermedades crónicas (como la diabetes o el asma). También puede participar en programas sin cobertura pagando una tarifa.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p>Para obtener más información sobre programas, materiales y asesoramiento en educación para la salud, por favor comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud de su localidad, llame a nuestra Central de Llamadas para Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio en Internet <b>kp.org</b>.</p>	
<p><b>Servicios para la audición</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes externos cuando las suministra un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p> <b>Detección del VIH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que tengan un alto riesgo de tener infección por VIH, cubriremos un examen de detección cada 12 meses.</li> <li>En el caso de las mujeres que están embarazadas, cubriremos hasta tres exámenes de detección durante un embarazo.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p><b>Cuidados de una agencia de atención de salud domiciliaria</b></p> <p>Antes de recibir servicios de salud domiciliaria, un médico debe certificar que necesita los servicios y ordenará que una agencia de atención de salud domiciliaria proporcione dichos servicios de salud domiciliaria. Debe ser una persona confinada en su casa, lo que significa que salir de su casa le supone un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de un auxiliar de salud domiciliaria. Para tener cobertura según el beneficio de atención de salud domiciliaria, los servicios combinados de enfermería especializada y de un auxiliar de salud domiciliaria deben sumar menos de 8 horas al día y menos de 35 horas a la semana.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>• Servicios sociales y médicos.</li> <li>• Suministros y equipo médico.</li> </ul>	
<p><b>Terapia de infusiones intravenosas en el hogar†</b>                      Ofrecemos cobertura para los suministros y medicamentos de infusiones intravenosas en el hogar si se cumplen las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Su medicamento recetado se incluye en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.</li> <li>• Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar.</li> <li>• Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones intravenosas en el hogar.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p><b>Cuidados paliativos</b>                      Puede recibir atención a través de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos le han ofrecido un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si su enfermedad avanza a su ritmo normal. El médico que le proporciona los cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o no.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.</li> <li>• Servicio de relevo a corto plazo.</li> <li>• Atención en el hogar.</li> </ul> <p><b>*Para servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y están relacionados con su pronóstico terminal:</b> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de cuidados paliativos y todo servicio de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos</p>	<p>Quando se inscribe en un programa de atención para una enfermedad terminal, los servicios paliativos y los servicios de la Parte A y Parte B relacionados con su diagnóstico terminal estarán cubiertos por Original Medicare, no por nuestro plan.</p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p>cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra.</p> <p><b>Para servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no están relacionados con su pronóstico terminal:</b> Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo que deberá pagar por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo paga el monto del costo compartido del plan por servicios dentro de la red.</li> <li>• *Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de fuera de la red, usted paga el costo compartido bajo "pago por servicio" de Medicare (Original Medicare).</li> </ul> <p><b>Para servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</b> Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B tanto si están relacionados con su pronóstico terminal como si no lo están. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><b>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:</b> Los medicamentos no están nunca cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, por favor consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5, "¿Qué ocurre si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?".</p> <p><b>Importante:</b> Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no esté relacionada con su pronóstico terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios.</p> <p>Cubrimos servicios de asesoría sobre cuidados paliativos (solo en una ocasión) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.</p>	

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Vacunas</b></p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacuna contra la neumonía.</li> <li>• Vacuna anual contra la gripe, una cada estación de la gripe en otoño y en invierno, y otra vacuna contra la gripe si resulta necesario desde el punto de vista médico.</li> <li>• Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer esta enfermedad.</li> <li>• Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B.</li> </ul> <p>También ofrecemos cobertura para algunas vacunas a través de nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la influenza y la hepatitis B.</p>
<p><b>Atención para pacientes hospitalizados</b></p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos de pacientes hospitalizados, rehabilitación de pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención de pacientes hospitalizados empieza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una orden médica. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente interno.</p> <p>No existe límite en el número de días de hospitalización necesarios desde el punto de vista médico ni respecto a los servicios que se proporcionan de forma general y habitual en hospitales generales de cuidados agudos. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es necesaria desde el punto de vista médico).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios normales de enfermería.</li> <li>• El costo de unidades especiales de atención (tales como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria).</li> <li>• Fármacos y medicamentos.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Rayos-X y otros servicios de radiología.</li> <li>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.</li> <li>• Uso de aparatos, tal como una silla de ruedas.</li> <li>• Los costos del uso del quirófano y la sala de recuperación.</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>• Servicios para pacientes internos por abuso de sustancias para el control médico de los síntomas de abstinencia asociados con el abuso de sustancias (desintoxicación).</li> <li>• Bajo determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón†, riñón-páncreas†, corazón†, hígado†, pulmón†, corazón/pulmón†, médula ósea†, células madre† e intestinal/multivisceral†.        Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del área de atención de la comunidad, puede elegir acudir a nivel local siempre que los proveedores locales del trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplante en una ubicación fuera del área de atención para trasplantes de su comunidad, y elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, haremos los arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y de transporte adecuados para usted y un acompañante, de acuerdo con nuestras pautas de viajes y alojamiento que están disponibles en nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.</li> <li>• Sangre: almacenamiento y administración incluidos.</li> <li>• Servicios de un médico.</li> </ul>	

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Importante:</b> Para ser un "paciente interno", su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como un paciente interno del hospital. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente interno o externo, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es un paciente interno o externo del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf">https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o llamando al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>. Puede llamar a estos números sin cargo las 24 horas del día, siete días a la semana.</p>	
<p><b>Atención de salud mental para pacientes internos</b>                      Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización. Ofrecemos cobertura hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. La cantidad de días de hospitalización cubiertos durante toda la vida se reduce con la cantidad de días como paciente interno para recibir tratamiento de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico.</p> <p>El límite de 190 días no se aplica a las hospitalizaciones de salud mental en una unidad psiquiátrica de un hospital general ni a las hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico relacionadas con las siguientes afecciones: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad manícodepresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastorno emocional grave en niños de menos de 18 años de edad.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p><b>Internación en el hospital: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o en un Centro de Enfermería Especializada durante una internación no cubierta en el hospital†</b>                      Si ya ha agotado sus beneficios de salud mental como paciente interno o en centros de enfermería especializada, o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no le ofreceremos cobertura para su hospitalización o su permanencia en un centro de enfermería especializada.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p>Sin embargo, en algunos casos, cubriremos determinados servicios que usted recibirá mientras esté en el hospital o en un centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de un médico.</li> <li>• Terapia física, del habla y ocupacional.</li> <li>• Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).</li> <li>• Rayos-X.</li> <li>• Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los suministros y servicios del técnico.</li> <li>• Vendajes quirúrgicos.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Dispositivos protésicos y ortopédicos (excepto dentales) que reemplazan parte o la totalidad de un órgano interno (incluido el tejido adyacente) o parte o la totalidad de la función de un órgano interno inactivo con una insuficiencia permanente, incluidos el reemplazo y la reparación de estos dispositivos.</li> <li>• Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses (trusses) y piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares (incluidas las adaptaciones, las reparaciones y los reemplazos debidos a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente).</li> </ul>	
<p> <b>Terapia nutricional médica</b></p> <p>Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal, es decir, del riñón (pero que no reciben diálisis) y para después de un trasplante de riñón cuando lo indica el médico.</p> <p>Ofrecemos cobertura para tres 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, dos horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento seguirá siendo necesario en el siguiente año calendario.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (<i>Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP</i>)</b></p> <p>A partir del 1 de abril de 2018, los servicios del MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para cambios de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>
<p><b>Medicamentos recetados de Medicare Parte B†</b></p> <p>Estos medicamentos tienen cobertura en la Parte B de Original Medicare. Nuestros miembros tienen cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos con cobertura incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que, por lo general, no se los administra el propio paciente y se inyectan o infunden cuando recibe servicios de un médico, como paciente ambulatorio o en un centro quirúrgico ambulatorio.</li> <li>• Medicamentos que se administran a través de equipo médico duradero (tal como un nebulizador) y que tienen autorización del plan.</li> <li>• Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si tiene hemofilia.</li> <li>• Medicamentos inmunodepresores, si estuvo inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órganos.</li> <li>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.</li> <li>• Antígenos.</li> <li>• Ciertos medicamentos orales para el tratamiento del cáncer o medicamentos para controlar las náuseas.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciertos medicamentos para el tratamiento de diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando es necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa).</li> <li>• Inmunoglobulina intravenosa para tratamiento en el hogar de enfermedades de deficiencia inmunitaria primaria.</li> </ul> <p><b>Importante:</b> En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. En el Capítulo 6 se explica lo que debe pagar por los medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan.</p>	
<p> <b>Detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</b></p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si usted lo recibe en un entorno de atención médica primaria, donde pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Para obtener más información, hable con su proveedor de atención médica primaria o con su médico general.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas de la obesidad y su tratamiento.</p>
<p><b>Pruebas de diagnóstico para pacientes externos y servicios y suministros terapéuticos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rayos-X.</li> <li>• Ecografías.</li> <li>• Pruebas de laboratorio.</li> <li>• Electrocardiogramas (EKG) y electroencefalogramas (EEG).</li> <li>• Estudios del sueño.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los suministros y servicios del técnico.</li> <li>• Materiales quirúrgicos, tales como vendajes.</li> <li>• Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones.</li> <li>• Sangre: almacenamiento y administración incluidos.</li> <li>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Resonancia magnética nuclear (RMN), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP).</li> </ul> </li> <li>• Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes externos, o en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar si un miembro autorizado del personal monitorea sus constantes vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar.</li> </ul>	
<p><b>Servicios hospitalarios para pacientes externos</b></p> <p>Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted recibe en el departamento para pacientes externos de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica de pacientes externos, tales como servicios de observación y cirugía para pacientes externos.</li> <li>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.</li> <li>• Rayos-X y otros servicios de radiología facturados por el hospital.</li> <li>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento para pacientes internos.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministros médicos, tales como férulas y yesos.</li> <li>• Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que no puede autoadministrarse.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para los procedimientos dentales que se realicen en un centro de atención de la red, proporcionamos cobertura de anestesia general y de los servicios del centro de atención asociados con la anestesia si se cumplen las siguientes condiciones:           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Usted tiene una discapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida.</li> <li>◆ Debido a su estado clínico o a su afección médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o en un centro de cirugía para pacientes externos.</li> <li>◆ En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general.</li> </ul> </li> </ul> <p>No cubrimos ningún otro servicio relacionado con el procedimiento dental, tales como los servicios del dentista, a menos que los servicios estén cubiertos por DeltaCare.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p><b>Importante:</b> A menos que el proveedor haya hecho una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente externo y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes externos. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente interno o externo, debe preguntarle al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es un paciente interno o externo del hospital? Si tiene Medicare, ¡pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en Internet en <a href="https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf">https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11435.pdf</a> o puede llamar al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>. Puede llamar a estos números sin cargo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p>	

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Atención de salud mental para pacientes externos</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de salud mental que proporciona un médico o un psiquiatra con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especialista, un profesional médico enfermero, un asistente médico, u otro profesional de la salud mental calificado de Medicare, según se contempla en las leyes estatales vigentes.</li> <li>• Servicios de salud mental en nuestro programa intensivo para pacientes externos.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p><b>Servicios de rehabilitación para pacientes externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los servicios cubiertos incluyen terapia física, ocupacional y del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se proporcionan en varios entornos para pacientes externos, tales como los departamentos para pacientes externos del hospital, los consultorios de terapeutas independientes y los centros de atención de rehabilitación integral para pacientes externos.</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla recibida a través de nuestro programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria de tratamiento diurno de acuerdo con las pautas de Medicare.</li> <li>• Terapia física para prevenir caídas para adultos con riesgo de presentar caídas, cuando lo recomiende su médico.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p><b>Servicios para abuso de sustancias para pacientes externos</b></p> <p>Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios de tratamiento del abuso de sustancias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas de tratamiento diurno.</li> <li>• Programas intensivos para pacientes externos.</li> <li>• Asesoramiento en grupo para abuso de sustancias.</li> <li>• Asesoramiento individual para abuso de sustancias.</li> <li>• Tratamiento médico para los síntomas de abstinencia.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios proporcionados en instalaciones para pacientes externos del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios</b></p> <p><b>Importante:</b> Si le van a hacer una cirugía en un hospital, debe preguntarle a su proveedor si será un paciente interno o externo. A menos que el proveedor haya hecho una orden para admitirlo como paciente interno en el hospital, usted es un paciente externo y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes externos. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo un paciente externo.</p>	Sin cargo
<p><b>Servicios de hospitalización parcial</b></p> <p>"Hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un entorno para pacientes externos de un hospital o en un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p>	Sin cargo
<p><b>Servicios de un médico/médico general, incluidas las visitas al consultorio médico</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención médica o servicios de cirugía necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otro lugar.</li> <li>• Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista.</li> <li>• Exámenes básicos de la audición y el equilibrio, realizados por un proveedor de la red, si el médico los indica para determinar si necesita tratamiento médico.</li> <li>• Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía.</li> <li>• Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia para una enfermedad neoplásica o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionase un médico).</li> </ul>	Sin cargo

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuntura (por lo general, proporcionada solo para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor para el tratamiento del dolor crónico).</li> <li>• Consultas prequirúrgicas y posquirúrgicas.</li> <li>• Consultas para inyecciones contra alergias.</li> <li>• Consultas en videos interactivos para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato, según lo determine un proveedor de la red.</li> <li>• Consultas de citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato, según lo determine un proveedor de la red.</li> <li>• Visitas a domicilio de un médico del plan (o un enfermero titulado que sea proveedor del plan) dentro de nuestra área de servicio, cuando el proveedor de la red determina que acudir a su hogar es la mejor forma de brindarle la atención que necesita.</li> <li>• Tratamientos con luz ultravioleta.</li> </ul>	
<p><b>Servicios de podología</b>                      Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (tales como dedo en martillo o espolón del talón).</li> <li>• Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<p> <b>Exámenes de detección del cáncer de próstata</b>                      Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen rectal digital.</li> <li>• Prueba del antígeno prostático específico.</li> </ul>	No existe coseguro, copago ni deducible para el examen rectal digital o la prueba del antígeno prostático específico.

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Aparatos protésicos y suministros relacionados†</b>            Aparatos (que no son aparatos dentales) que reemplazan la totalidad o una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas para colostomía y suministros relacionados directamente con la atención para colostomía, marcapasos, arneses, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de estos aparatos. También se incluye aquí cierta cobertura después de una extracción o cirugía de cataratas (vea detalles más adelante en esta sección bajo el título "Cuidado de la visión").</p>	Sin cargo
<p><b>Servicios de rehabilitación pulmonar</b>            Los programas integrales de rehabilitación pulmonar tienen cobertura para los miembros que presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que puede ser de moderada a muy grave, y que tienen una orden del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica para una rehabilitación pulmonar.</p>	Sin cargo
<p><b>Tratamiento residencial por farmacodependencia de sustancias y salud mental†</b>            Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios cuando los servicios se proporcionan en un centro de atención residencial autorizado donde se realiza un tratamiento de farmacodependencia o de salud mental personalizado las 24 horas, los servicios generalmente y habitualmente se proporcionan a través de un programa de tratamiento residencial de la farmacodependencia o de salud mental en un centro de tratamiento residencial autorizado y los servicios están en un nivel más alto que la atención de custodia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoramiento individual y en grupo.</li> <li>• Servicios médicos.</li> <li>• Revisión de medicamentos.</li> <li>• Habitación y alimentación.</li> <li>• Medicamentos recetados por un proveedor del plan como parte del plan de atención en el centro de tratamiento residencial, según las pautas de la lista de medicamentos disponibles en un hospital, si se los administra el personal médico de ese centro de atención.</li> <li>• Programación del alta hospitalaria.</li> </ul>	Sin cargo

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p> <b>Exámenes físicos de rutina</b></p> <p>Los exámenes físicos de rutina tienen cobertura si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas profesionales de atención generalmente aceptadas.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para esta atención preventiva.</p>
<p> <b>Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el abuso en el consumo de alcohol</b></p> <p>Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hacen un uso indebido del alcohol aunque no tienen dependencia del alcohol.</p> <p>Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personalizado al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un proveedor de atención primaria o un médico general calificado en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección y asesoramiento cubiertas por Medicare para reducir el uso indebido de alcohol.</p>
<p> <b>Detección de cáncer del pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</b></p> <p>Para personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de dosis baja (<i>low-dose computed tomography</i>, LDCT) cada 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los miembros elegibles son personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer del pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos 30 paquetes al año o que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección del cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones. La consulta reúne los criterios de Medicare para tales consultas y estará a cargo de un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado.</li> </ul>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento cubierta por Medicare y de toma compartida de decisiones ni para la LDCT.</p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para las pruebas de detección del cáncer del pulmón mediante LDCT después de la LDCT de detección inicial, el miembro debe recibir una orden por escrito para una prueba de detección del cáncer del pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado durante una consulta apropiada. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección del cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para las siguientes pruebas de detección del cáncer del pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los requisitos de Medicare para dichas consultas.</li> </ul>	
<p> <b>Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</b></p> <p>Ofrecemos cobertura para pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección tienen cobertura para mujeres embarazadas y para determinadas personas que presentan más riesgo de ITS cuando un proveedor de atención médica primaria las indica. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además ofrecemos cobertura para hasta dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos, de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están a cargo de un proveedor de atención médica primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, tal como el consultorio del médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS cubiertos por Medicare para prevenir las ITS.</p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Servicios para tratar las enfermedades renales</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de educación sobre enfermedad renal para enseñar los cuidados para los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones fundamentadas sobre su atención.</li> <li>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluidos los tratamientos de diálisis cuando el paciente está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3).</li> <li>• Tratamiento de diálisis como paciente interno (si es hospitalizado para recibir atención especial).</li> <li>• Capacitación para tratamiento propio de diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayuda con los tratamientos de diálisis en el hogar).</li> <li>• Suministros y equipo de diálisis para el hogar.</li> <li>• Ciertos servicios de apoyo en el hogar (tales como, cuando sean necesarios, visitas de técnicos de diálisis entrenados para supervisar el tratamiento en su hogar, para ayudar ante una emergencia y para revisar el equipo de diálisis y el suministro de agua).</li> <li>• Pruebas de laboratorio de rutina para revisar la eficacia de la diálisis.</li> <li>• Una visita de rutina al consultorio por mes con el equipo de nefrología.</li> <li>• Procedimientos de acceso vascular y peritoneal cuando se realizan en un hospital para pacientes externos si se cumplen determinados criterios.</li> <li>• Visitas que no son de rutina al consultorio con el equipo de nefrología.</li> <li>• Procedimientos de acceso vascular y peritoneal cuando se realizan en un consultorio médico.</li> </ul> <p>Determinados medicamentos para la diálisis tienen cobertura bajo el beneficio para medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, por favor vaya a la sección "Medicamentos recetados de Medicare Parte B".</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Atención en instalaciones de enfermería especializada (SNF)†</b></p> <p>(Para ver una definición de "instalaciones de atención de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Este tipo de centro de atención de enfermería especializada a veces se denomina "SNF" [por sus siglas en inglés]).</p> <p>Por período de beneficios, cubrimos hasta 100 días de servicios especializados para pacientes internos en instalaciones de atención de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitación semiprivada (o una habitación privada, si es necesaria desde el punto de vista médico).</li> <li>• Comidas, incluidas dietas especiales.</li> <li>• Servicios de enfermería especializada.</li> <li>• Terapia física, ocupacional y del habla.</li> <li>• Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas la sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación).</li> <li>• Sangre: almacenamiento y administración incluidos.</li> <li>• Los suministros médicos y quirúrgicos que se utilizan generalmente en las SNF.</li> <li>• Las pruebas de laboratorio que se hacen generalmente en las SNF.</li> <li>• Los rayos-X y otros servicios de radiología que se proporcionan generalmente en las SNF.</li> <li>• El uso de aparatos, tal como una silla de ruedas, que se proporcionan generalmente en una SNF.</li> <li>• Servicios de un médico/médico general.</li> </ul> <p>En general, usted recibirá la atención en un SNF de la red. Sin embargo, si se cumplen las condiciones que aparecen más abajo, es posible que pueda obtener atención en un centro de atención que no pertenece a la red, siempre y cuando el centro de atención acepte los montos que paga nuestro plan.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p> <p>El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes internos o a una instalación de enfermería especializada con cobertura de Medicare. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o una SNF.</p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un hogar para ancianos o un centro para jubilados con atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando allí se proporcione atención en centros de enfermería especializada).</li> <li>• Una SNF donde resida su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital.</li> </ul>	
<p> <b>Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco)</b></p> <p><b>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</b> Ofrecemos cobertura para dos intentos para dejar el hábito con asesoramiento en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <p><b>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco:</b> Ofrecemos cobertura para los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Ofrecemos cobertura para dos intentos para abandonar el hábito con asesoramiento en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección y asesoramiento cubiertas por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>
<p>Además de los servicios de asesoría, cubrimos ciertas terapias de reemplazo de nicotina aprobadas por la FDA para uso de venta sin receta médica. Se deben solicitar los elementos por un proveedor de la red y obtenerse a través de una farmacia de la red. Le daremos un suministro de hasta 100 días dos veces durante el año calendario.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<p><b>Terapia de ejercicios supervisados (SET)</b>            La SET está cubierta para miembros que tienen arteriopatía periférica (APP) sintomática y una remisión por APP del médico responsable del tratamiento de la APP.            Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos del programa SET.            El programa SET deberá estar formado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sesiones de 30 a 60 minutos, que incluyen un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para pacientes con APP con claudicación.</li> <li>• Deberá realizarse en el área para pacientes ambulatorios de un hospital o en un consultorio médico.</li> <li>• La deberá impartir personal auxiliar calificado necesario para asegurar que los beneficios sean mayores que los daños y que estas personas estén capacitadas en ejercicios terapéuticos para la APP.</li> <li>• Deberá estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente de un médico o un(a) enfermero(a) titulado(a) o especializado(a) que debe estar capacitado en técnicas básicas y avanzadas de soporte vital.</li> </ul> <p><b>Nota:</b> Se podría cubrir la SET por más de 36 sesiones durante 12 semanas con otras 36 sesiones durante un período más extenso, si un médico considera que es necesario desde el punto de vista médico.</p>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p><b>Servicios urgentes</b>            Los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una situación que no es de emergencia, una enfermedad, lesión o afección imprevista que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores de fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dentro de nuestra área de servicio:</b> Debe obtener atención urgente de los proveedores de la red, a menos que nuestro proveedor de la red no esté disponible o no se lo pueda localizar temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre importante).</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Fuera del área de servicio:</b> Tiene cobertura para atención urgente en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica inmediata para una enfermedad o lesión imprevista y usted razonablemente creía que su salud se deterioraría si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su área de servicio.</li> </ul> <p>El costo compartido de los servicios de urgencia necesarios provistos por proveedores que están fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos por proveedores de la red.</p> <p><b>Para obtener más información, consulte la Sección 3 del Capítulo 3.</b></p>	
<p><b>Cuidado de la visión</b></p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad.</li> <li>• Original Medicare no cubre exámenes de los ojos de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan incluye los siguientes exámenes:                      Exámenes de los ojos de rutina (exámenes de refracción ocular) para determinar si es necesario adoptar medidas correctivas de la visión y proporcionar recetas médicas para anteojos.</li> <li>• 🍏 Para las personas que tienen un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Personas con riesgo alto de glaucoma, entre ellas las que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años.</li> <li>• Los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez por año para las personas que tienen diabetes.</li> <li>• Pruebas de campo visual.</li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• *Un par de anteojos o lentes de contacto (incluidas la adaptación y entrega) después de cada cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).</li> <li>• Lentes/armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de una lente.</li> </ul>	<p>Artículos para la visión <b>sin cargo</b>, según las pautas de Medicare.</p> <p><b>Importante:</b> Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>*Anteojos y lentes de contacto:</b> Una vez cada 12 meses, le proporcionamos una asignación de <b>\$300</b> para comprar un artículo para la visión en un centro de atención óptica del plan, cuando un médico o un optometrista le recetan anteojos o lentes de contacto para corrección de la visión. La asignación se puede usar para los siguientes artículos:           <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red las coloca en un armazón.</li> <li>♦ Armazones para anteojos, si un proveedor del plan coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) en el armazón.</li> <li>♦ Adaptación y entrega de lentes de contacto.</li> </ul> </li> <li>• No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los 12 meses anteriores.</li> <li>• La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto inicial de venta, no puede usarla más adelante.</li> </ul>	<p>Si el artículo para la visión que compra cuesta más de \$300, <b>usted paga la diferencia.</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentes de reemplazo:</b> Si se le receta un cambio de al menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos en un plazo de 12 meses desde la fecha inicial de venta de una lente o de lente de contacto para las que le otorgamos una asignación (o una cobertura de otro tipo), le otorgaremos una asignación para comprar un artículo de reemplazo del mismo tipo (lente o lente de contacto, adaptación y entrega) para el ojo que haya tenido el cambio de 0.50 dioptrías. La asignación para uno de estos anteojos de reemplazo es de <b>\$30</b> para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y <b>\$45</b> para lentes de anteojos multifocales o lenticulares.</li> </ul>	<p>Si las lentes que compra cuestan más que la asignación de \$30 para lentes unifocales o \$45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares, <b>pagará la cantidad que supere su asignación.</b></p>

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Lentes de contacto especiales:</b> Ofrecemos cobertura para las siguientes lentes de contacto especiales cuando las recete un médico o un optometrista del plan:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Hasta dos lentes de contacto necesarias desde el punto de vista médico, las pruebas y la entrega por ojo cada 12 meses para tratar la aniridia (falta de iris).</li> <li>◆ Si las lentes de contacto (además de las lentes de contacto para la aniridia) aportarán una mejoría significativa de su visión que no pueden proporcionar las lentes de anteojos, cubriremos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses. Sin embargo, no cubriremos ninguna lente de contacto si proporcionamos una asignación (u ofrecemos otra cobertura) para un par de lentes de contacto en los 12 meses anteriores, pero sin incluir las lentes de contacto para la aniridia.</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Sin cargo</b></p>
<p> <b>Consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare"</b></p> <p>Cubrimos una consulta preventiva única 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) y remisiones para otro tipo de atención si es necesaria.</p> <p><b>Importante:</b> Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo los primeros 12 meses de cobertura de Medicare Parte B. Cuando haga su cita, comuníquese al consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>	<p>No existe coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".</p>
<p><b>Importante:</b> Consulte el Capítulo 1 (Sección 7) y el Capítulo 11 para encontrar información sobre la coordinación de beneficios correspondiente a todos los servicios cubiertos que se describen en este Cuadro de beneficios.</p>	

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

\*Su costo compartido por estos servicios o artículos no se aplica a efectos de los gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<b>Atención dental (Programa dental de la HMO de DeltaCare® USA)†</b>	
<p>Health Plan tiene un acuerdo con <b>Delta Dental of California</b> ("Delta Dental") para ofrecerle el Programa dental de la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de DeltaCare USA. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, por favor consulte el directorio de proveedores de DeltaCare USA.</p> <p>El dentista de DeltaCare USA aplicará los beneficios que se mencionan a continuación según lo considere apropiado. Estos beneficios están sujetos a las limitaciones y exclusiones mencionadas en la Sección 3 de este capítulo. Los miembros deben analizar todas las opciones de tratamiento con el dentista de DeltaCare USA antes de que se presten los servicios. Si el dentista asignado de DeltaCare USA presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, el miembro paga el costo compartido especificado. Para que se cubran los servicios, los miembros deben recibir la atención dental del dentista asignado de DentalCare USA, excepto en caso de emergencias y autorizaciones por escrito para atención especializada. Si un procedimiento no aparece en la siguiente lista, no tiene cobertura. Atención: Cualquier servicio que se indique a continuación con un asterisco (*) solo está cubierto cuando se brinda con otro servicio que no esté marcado con un asterisco.</p> <p>El texto que aparece en cursiva a continuación tiene específicamente la finalidad de aclarar la adjudicación de beneficios en los programas dentales de la Organización para el mantenimiento de la salud (HMO) de DeltaCare USA y no se debe interpretar como códigos de procedimientos, nomenclatura o elementos descriptivos de terminología dental actual (Current Dental Terminology, CDT) con derecho de autor de la Asociación Dental Americana (American Dental Association, ADA). La ADA puede actualizar periódicamente los códigos de procedimientos, la nomenclatura o los elementos descriptivos de CDT. Tales actualizaciones pueden usarse para describir estos procedimientos cubiertos de acuerdo con las leyes federales.</p>	
<b>De diagnóstico (D0100-D0999)†</b>	
• D0140: Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema.	<b>Sin cargo</b>
• D0150: Evaluación bucal integral: paciente existente o nuevo.	<b>Sin cargo</b>
• D0210: Radiografías intrabucuales: serie completa de imágenes radiográficas. <i>Limitado a 1 serie cada 36 meses.</i>	<b>Sin cargo</b>
• D0220: Radiografía intrabucal: primera imagen radiográfica periapical.	<b>Sin cargo</b>
• D0230: Radiografías intrabucuales: todas las imágenes radiográficas periapicales adicionales.	<b>Sin cargo</b>
• D0250: Extraoral: radiografía de proyección bidimensional.*	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• D0251: Radiografía extrabucal dental posterior.*	<b>Sin cargo</b>
• D0270: Radiografía de mordida – imagen radiográfica única.	<b>Sin cargo</b>
• D0272: Radiografías de mordida – dos imágenes radiográficas.	<b>Sin cargo</b>
• D0274: Radiografías de mordida – cuatro imágenes radiográficas. <i>Limitado a una serie cada 6 meses.</i>	<b>Sin cargo</b>
• D0330: Imagen radiográfica panorámica. 1 en un período de 36 meses	<b>Sin cargo</b>
• D0350: Imágenes fotográficas en 2D orales/faciales obtenidas intraoralmente o extraoralmente para el diagnóstico y el tratamiento de una afección clínica específica que no aparece en las radiografías. 4 por fecha de servicio	<b>Sin cargo</b>
• D0502: Otros procedimientos de patologías orales, según informe.	<b>Sin cargo</b>
• D0999: Procedimiento diagnóstico inespecífico, según informe. <i>Incluye la visita al consultorio, por visita (además de otros servicios).</i>	<b>Sin cargo</b>
<b>Servicios preventivos (D1000-D1999) †</b>	
• D1110: Limpieza profiláctica –adultos– 1 cada 6 meses.	<b>Sin cargo</b>
• D1206: Aplicación tópica de varniz flúor – 1 D1206 o D1208 por período de 6 meses.	<b>Sin cargo</b>
• D1208: Aplicación tópica de flúor – excluyendo varniz – 1 D1206 o D1208 por período de 6 meses.	<b>Sin cargo</b>
<b>Servicios de restauración (D2000-D2999) †</b>	
La cobertura incluye el pulido, todos los adhesivos y agentes de unión, recubrimiento pulpar indirecto, bases, recubrimientos y procedimientos de grabado con ácido sujetos a las siguientes limitaciones:	
• Para el reemplazo de coronas, incrustaciones (inlays) y recubrimientos (onlays) se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años.	
• D2140: Amalgama – una superficie, primaria o permanente. Limitado a 1 cada 36 meses.	<b>Sin cargo</b>
• D2150: Amalgama – dos superficies, primarias o permanentes.	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
Limitado a 1 cada 36 meses.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2160: Amalgama – tres superficies, primarias o permanentes. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2161: Amalgama – cuatro o más superficies, primarias o permanentes. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2330: Empaste a base de resina – una superficie, anterior. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2331: Empaste a base de resina – dos superficies, anteriores. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2332: Empaste a base de resina – tres superficies, anteriores. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2335: Empaste a base de resina – cuatro o más superficies o con compromiso del ángulo incisal (anterior). Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2390: Empaste a base de resina, corona, anterior. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2391: Empaste a base de resina – una superficie, posterior. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2392: Empaste a base de resina – dos superficies, posteriores. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2393: Empaste a base de resina – tres superficies, posteriores. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2394: Empaste a base de resina – cuatro o más superficies, posteriores. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2910: Recementar o volver a pegar incrustación (inlay), recubrimiento (onlay), revestimiento o restauraciones de cobertura parcial. Limitado a 1 cada 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

Servicios que tiene cubiertos	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2920: Recementar o volver a pegar corona. El proveedor original es responsable de todos los recementados en los primeros 12 meses después de la colocación inicial de una corona prefabricada o procesada en el laboratorio. Después del período inicial de 1 mes, limitado a 1 cada 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2931: Corona prefabricada de acero inoxidable – diente permanente, Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2932: Corona prefabricada de resina – diente de leche anterior. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2933: Corona prefabricada de acero inoxidable con frente de resina. Limitado a 1 cada 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2940: Restauración protectora. Limitado a 1 cada 6 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2952: Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente – <i>incluye preparación del conducto</i>. Una vez por diente.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D2954: Poste y muñón además de la corona, prefabricados – <i>poste de metal base; incluye preparación del conducto</i>. Una vez por diente.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<b>Endodoncia (D3000-D3999) †</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D3110: Recubrimiento de la pulpa – directo (no incluye la restauración final).</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D3346: Retratamiento posterior de endodoncia previa – anterior. No es un beneficio para el proveedor original en los 12 meses siguientes al tratamiento inicial.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<b>Periodoncia (D4000-D4999)†</b>	
Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D4341: Tartrectomía y alisado radicular – cuatro dientes o más por cuadrante – limitado a 1 cuadrante durante un período de 24 meses consecutivos.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D4342: Tartrectomía y alisado radicular – uno a tres dientes por cuadrante – limitado a 1 cuadrante durante un período de 24 meses consecutivos.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D4346: Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o importante generalizada – boca completa, después de evaluación oral – 1 cada 6 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D4355: Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación integral y un diagnóstico – limitado a 1 tratamiento en un período de 12 meses consecutivos.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D4910: Mantenimiento periodontal: Un beneficio solo para pacientes que viven en un centro de enfermería especializado o en un centro de atención intermedia, solo cuando se les realizó antes un desbridamiento periodontal y alisado radicular (D4341-D4342), solo después de completar todos los desbridamientos y alisados radiculares necesarios. Limitado a 1 tratamiento por cuatrimestre, solo en un periodo de 24 meses después del último desbridamiento y alisado radicular.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<p><b>Prostodoncia, removible (D5000-D5999)†</b></p>	
<p>El rebasado, el recapado y el acondicionamiento tisular se limitan a 1 por dentadura postiza en 12 meses consecutivos. Para el reemplazo de una dentadura postiza o de una dentadura postiza parcial se requiere que la dentadura postiza actual tenga más de 5 años de edad. Importante: Para todas las dentaduras postizas y parciales y aquellas incluidas en la lista, el copago incluye tareas de ajuste y acondicionamiento tisular durante los seis primeros meses posteriores a su colocación, si así fuera necesario. Debe seguir siendo elegible y el servicio tiene que proporcionarse en el centro de atención del dentista contratado de DeltaCare USA en el que se entregó la dentadura postiza originalmente.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5110: Dentadura postiza completa – maxilar.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5120: Dentadura postiza completa – mandibular.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5130: Dentadura postiza inmediata – maxilar.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5140: Dentadura postiza inmediata – mandibular.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5410: Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar. Una vez por fecha de servicio; 2 en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	<b>Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5411: Ajuste de dentadura postiza completa – mandibular. Una vez por fecha de servicio; 2 en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5511: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, mandibular.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5512: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, maxilar.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5520: Reemplazo de dientes rotos o faltantes – dentadura postiza completa (cada diente). Hasta un máximo de cuatro por arco por día de servicio por proveedor; limitado a dos veces por arco, en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5611: Reparación de la resina de base de dentadura postiza, mandibular.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5612: Reparación de la resina de base de dentadura postiza, maxilar.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5730: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (consultorio). Limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5731: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (consultorio). Limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5750: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio). Limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5751: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio); limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5850: Acondicionamiento tisular, maxilar. Limitado a 2 por dentadura postiza en un período de 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5851: Acondicionamiento tisular, mandibular. Limitado a 2 por dentadura postiza en un período de 36 meses.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5863: Sobredentadura, maxilar completa. Limitado a 1 en un período de 5 años.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D5865: Sobredentadura, mandibular completa. Limitado a 1 en un período de 5 años.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<p><b>Servicios de implante (D6000-D6199)†</b>            Un beneficio solo cuando se registran condiciones médicas excepcionales que se revisan para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico. Se requiere una autorización previa. Consulte también las limitaciones y las exclusiones. El proveedor original es responsable de todas las recementaciones en los primeros 12 meses después de la colocación inicial del implante/pilar para sostener las coronas. Luego, se limita a 1 en un período de 12 meses de una recementación previa realizada por el mismo proveedor.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6092: Recementar o volver a pegar un implante o una corona sostenida con un pilar.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6093: Recementar o volver a pegar un implante o una corona sostenida con una dentadura postiza parcial fija.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6096: Retirar tornillo de retención de implante roto.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6100: Extracción de implante, según informe.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<p><b>Odontología protésica, fija (D6200-D6999) †</b>            Cada retentor y pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza fija parcial o puente. El reemplazo de una corona requiere que el puente existente tenga 5 años o más.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6930: Recementar una dentadura postiza parcial fija.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D6999: Procedimiento prostodóntico fijo no específico, según informe.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<p><b>Cirugía bucal y maxilofacial (D7000-D7999) †</b>            Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D7111: Extracción de remanentes coronales – dientes de leche.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D7140: Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps).</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D7210: Extracción, diente avulsionado que requiere la extracción de hueso y/o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo mucoperiósteo si está indicado.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D7220: Extracción de diente traumatizado – tejido blando.</li> </ul>	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• D7230: Extracción de diente traumatizado – parcialmente óseo.	<b>Sin cargo</b>
• D7240: Extracción de diente traumatizado – completamente óseo.	<b>Sin cargo</b>
• D7241: Extracción de diente traumatizado – completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	<b>Sin cargo</b>
• D7250: Extracción de restos radiculares (con incisión).	<b>Sin cargo</b>
• D7270: Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente; solo para dientes anteriores permanentes, una vez por arco.	<b>Sin cargo</b>
• D7286: Biopsia de tejido bucal – blando – no incluye procedimientos patológicos de laboratorio.	<b>Sin cargo</b>
<b>Servicios generales complementarios (D9000-D9999) †</b>	
• D9110: Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental – procedimiento menor.	<b>Sin cargo</b>
• D9210: Anestesia local no conjunta con procedimientos operativos o quirúrgicos.	<b>Sin cargo</b>
• D9211: Anestesia regional.	<b>Sin cargo</b>
• D9212: Anestesia de bloqueo del trigémino.	<b>Sin cargo</b>
• D9215: Anestesia local junto con operaciones o procedimientos quirúrgicos.	<b>Sin cargo</b>
• D9223: Sedación profunda/anestesia general; con incrementos cada 15 minutos.	<b>Sin cargo</b>
• D9230: Inhalación de óxido nitroso/ansiólisis, analgesia.	<b>Sin cargo</b>
• D9241: Sedación/analgesia consciente intravenosa; primeros 30 minutos.	<b>Sin cargo</b>
• D9242: Sedación/analgesia consciente intravenosa; cada 15 minutos adicionales.	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
• D9248: Sedación consciente no intravenosa.	<b>Sin cargo</b>
• D9310: Consulta – servicio de diagnóstico por parte de un dentista o un médico que no sea el dentista o médico a cargo del tratamiento.	<b>Sin cargo</b>
• D9311: Consulta con su profesional de atención médica.	<b>Sin cargo</b>
• D9430: Visita al consultorio para observación (durante el horario regular programado) – no se proporcionan otros servicios.	<b>Sin cargo</b>
• D9440: Visita al consultorio – después del horario regular programado.	<b>Sin cargo</b>
• D9910: Aplicación de medicamento desensibilizante.	<b>Sin cargo</b>
• D9986: No acudió a la cita; sin avisar 24 horas antes.	<b>Sin cargo</b>
• D9987: Canceló la cita; sin avisar 24 horas antes.	<b>Sin cargo</b>
• D9991: Manejo de casos dentales: cómo abordar el tema de las barreras para el cumplimiento de las citas.	<b>Sin cargo</b>
• D9992: Manejo de casos dentales: coordinador de atención.	<b>Sin cargo</b>
• D9995: Teledentista: encuentros sincronizados. encuentros sincronizados en tiempo real.	<b>Sin cargo</b>
• D9996: Teledentista: encuentros no sincronizados. La información se almacena y se envía al dentista para que la revise.	<b>Sin cargo</b>
<p><b>Atención dental de emergencia</b>            Si necesita recibir atención dental de emergencia, llame a su dentista asignado de DeltaCare USA o al Servicio al cliente de Delta Dental al <b>1-877-644-1774</b>, de lunes a viernes de 5 a. m. a 6 p. m. (los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-800-735-2929</b>).</p>	
• Atención dental de emergencia cubierta recibida de su dentista asignado de DeltaCare USA.	<b>Sin cargo</b>

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

<b>Servicios que tiene cubiertos</b>	Lo que usted debe pagar cuando recibe estos servicios
<ul style="list-style-type: none"><li>• La atención dental de emergencia cubierta que reciba de un dentista que no sea su dentista asignado de DeltaCare USA se limita a <b>\$100 por emergencia</b> compartido. Además, la atención de emergencia cubierta se limita a la atención necesaria requerida para estabilizar su afección y proporcionar alivio paliativo. Además, si no se cumplen las siguientes condiciones, usted será responsable del costo total de la atención dental:<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Hizo un intento razonable para comunicarse con el dentista asignado de DeltaCare USA y no puede verlo en las siguientes 24 horas o usted cree que su afección hace que no sea razonable o que le sea imposible trasladarse hasta el consultorio del dentista asignado de DeltaCare USA. Si es un miembro nuevo y no se le ha asignado un dentista aún, debe comunicarse con el Servicio al cliente de Delta Dental para obtener ayuda para localizar a un dentista de DeltaCare USA.</li><li>◆ Llamó al Servicio al cliente de Delta Dental antes de recibir atención dental de emergencia o es razonable en su caso atención dental de emergencia sin llamar al Servicio al cliente teniendo en cuenta su afección y las circunstancias.</li><li>◆ Las reclamaciones por servicios dentales de emergencia cubiertos se deben enviar a Delta Dental en los 90 días siguientes a la fecha del tratamiento a menos que pueda probar que no fue razonablemente posible entregar la reclamación en ese plazo. En ese caso, la reclamación 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.</li></ul></li></ul>	<b>Usted debe pagar cualquier monto que supere el máximo de \$100, menos el costo compartido correspondiente.</b>
<p>Si los servicios de un procedimiento de la lista los realiza el dentista contratado asignado, el miembro paga el copago indicado. Los procedimientos de la lista que requieren que un dentista proporcione servicios especializados y los remita el dentista contratado asignado, los debe autorizar Delta Dental. El miembro paga el copago específico para dichos servicios.</p>	
<p>Los procedimientos que no aparezcan más arriba no están cubiertos; sin embargo, pueden estar disponibles en las “tarifas archivadas” por el dentista contratado. “Tarifas archivadas” significa las tarifas del dentista contratado que se presentaron ante Delta Dental. Las preguntas sobre estas tarifas se deben dirigir al Departamento de Servicio al Cliente al <b>1-877-644-1774</b>, de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m., hora estándar del Pacífico (los usuarios TTY, pueden llamar al <b>1-800-735-2959</b>).</p>	

†Es posible que el dentista tenga que obtener la autorización previa de Delta Dental.

### Resumen de los beneficios cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid). Para cada beneficio que se menciona a continuación en la, puede ver lo que cubre Medi-Cal (Medicaid) y lo que cubre nuestro plan. Lo que usted paga por los servicios cubiertos puede depender de su nivel de elegibilidad de Medi-Cal (Medicaid).

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Servicios de hospital para pacientes internados</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Servicios de hospital para pacientes ambulatorios</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Servicios de clínica de salud rural</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	No están cubiertos, a menos que sea una emergencia cubierta o una atención de urgencia fuera del área.
<b>Servicios en un centro de salud calificado federalmente</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	No están cubiertos, a menos que sea una emergencia cubierta o una atención de urgencia fuera del área.
<b>Servicios de laboratorio</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Rayos-X</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Atención en centro de enfermería especializada para mayores de 21 años. Atención subaguda</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos (sin límite de edad). El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<p><b>Atención en centro de enfermería pediátrica para menores de 21 años. Atención subaguda</b>                      (evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y servicio de tratamiento suplementario)</p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos (sin límite de edad). El plan cubre hasta 100 días por cada período de beneficios
<p><b>Servicios y suministros para planificación familiar</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<p><b>Servicios médicos</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<p><b>Servicios médicos y quirúrgicos dentales</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos (consulte "Servicios dentales" para ver todos los beneficios dentales).
<p><b>Servicios de oftalmólogo</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<p><b>Servicios de podología</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<p><b>Servicios de optometría</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<p><b>Servicios quiroprácticos</b></p>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare.

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

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Servicios de psicología</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<b>Servicios de enfermero(a) anestesista</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos
<b>Servicio de óptico y laboratorio fabricante de productos ópticos</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para óptico (consulte "Anteojos, otros elementos para la vista " para ver los servicios de laboratorio).
<b>Suministros médicos</b> (No incluye cremas ni lavados para incontinencia)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para suministros cubiertos por Medicare
<b>Cremas y lavados para incontinencia</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Equipo médico duradero</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para suministros cubiertos.
<b>Audífonos</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Fórmula enteral</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para suministros cubiertos por Medicare.
<b>Servicios de acupuntura</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 cuando un proveedor del plan determina que son necesarios desde el punto de vista médico.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Servicios de partera autorizada</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos provistos por proveedores del plan.
<b>Servicios de atención en el hogar a través de una agencia de atención domiciliaria</b> (incluye servicios de enfermería y de asistencia en el hogar, terapia ocupacional y fisioterapia, servicios de patología del habla y audiología, cuidados intermitentes, asistencia médica en el hogar, suministros, equipos y dispositivos médicos)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para suministros cubiertos por Medicare.
<b>Fisioterapia y servicios relacionados</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Centros de rehabilitación</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Cuidados de enfermero(a) privado</b> (excepción solamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Clínica</b> (clínica organizada para pacientes externos, Indian Health Services [Servicios de Salud para Indígenas], centros de parto alternativo, centros de cirugía ambulatoria)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos provistos por un proveedor de la red.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Servicios dentales</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos provistos por su dentista asignado por DeltaCare®.
<b>Terapia ocupacional</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Patología / terapia del habla</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Servicios de audiología</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Servicios farmacéuticos y de medicamentos recetados</b>	Copago de \$0 para medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare Parte D.	Medicamentos de Medicare Parte B: copago de \$0 para medicamentos cubiertos por Medicare Parte B.  Medicamentos de Medicare Parte D: Consulte la sección "Cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D" para obtener información sobre el costo compartido de los medicamentos recetados de Medicare Parte D.
<b>Dentaduras postizas</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Dispositivos prostéticos</b> (dispositivos ortopédicos) ojos artificiales	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	0% del costo de los servicios cubiertos por Medicare.
<b>Anteojos, que no sean dispositivos para los ojos</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 hasta un límite anual de \$300 para artículos para la visión.  \$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
<b>Programa completo de servicios perinatales</b> (servicios preventivos)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para atención prenatal cubierta.
<b>Servicios basados en la comunidad para adultos (CBAS)</b> (Solo por excepción)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Servicios de diálisis crónica</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos.
<b>Servicios de rehabilitación</b> (diálisis crónica, desintoxicación por adicción a heroína como paciente externo, rehabilitación de salud mental, medicamentos Medi-Cal, centros de rehabilitación independientes)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por abuso de drogas.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Institutos para tratar enfermedades mentales</b> (para menores de 21 años de edad y más de 65, incluida la atención de pacientes internados psiquiátricos)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago \$0 para servicios cubiertos por Medicare (sin límite de edad)
<b>Centro de atención intermedia</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Enfermera partera</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare provistos por proveedores del plan.
<b>Centro de cuidados paliativos</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare
<b>Servicios relacionados con la TB</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 de copago para servicios cubiertos
<b>Atención respiratoria para pacientes dependientes de un respirador artificial</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicaid
<b>Enfermero(a) con práctica en medicina familiar</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos provistos por proveedores del plan.
<b>Hogar y atención comunitaria para personas mayores discapacitadas</b> (excepción solamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Acuerdos para apoyo para la en la comunidad</b> (excepción solamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Servicios de cuidado personal</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
<b>Hospital de atención primaria rural</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para atención de emergencia cubierta por Medicare.
<b>Centros de atención de salud no médica</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura, excepto por los servicios de una institución de atención religiosa no médica cubierta por Medicare.
<b>Servicios de hospital de emergencia</b>	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para atención de emergencia cubierta.
<b>Transporte</b> (El estado proporciona transporte médico de emergencia y que no sea de emergencia. Cumple con los requisitos federales para asegurar el transporte a los servicios necesarios desde el punto de vista médico)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare.

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<p><b>Servicios para mujeres embarazadas que necesitan tratamiento por una afección que podría afectarla a ella o al feto</b></p> <p>(no se establece específicamente como beneficio, pero es obligatorio según las regulaciones federales)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios cubiertos necesarios desde el punto de vista médico.</p>
<p><b>Servicio de consultoría matrimonial y familiar</b></p> <p>(evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y servicio de tratamiento, solo por excepción)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 solamente cuando forman parte del beneficio de servicios de salud mental cubiertos por Medicare.</p>
<p><b>Servicios de trabajador social clínico autorizado</b></p> <p>(evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y servicio de tratamiento, solo por excepción)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare</p>
<p><b>Manejo de casos</b></p> <p>(evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y servicio de tratamiento, solo por excepción)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare</p>
<p><b>Servicios de agencia de enfermería privada</b></p> <p>(evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y servicio de tratamiento, solo por excepción)</p>	<p>Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.</p>	<p>Sin cobertura.</p>

<b>Beneficio</b>	<b>Plan Medicaid State</b>	<b>Plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal North</b>
<b>Servicios de enfermería individual</b> (evaluaciones tempranas y periódicas, diagnóstico y servicio de tratamiento, solo por excepción)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare
<b>Servicios no médicos</b> (excepción solamente)	Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.

### **SECCIÓN 3. ¿Qué servicios tienen cobertura fuera de nuestro plan?**

#### **Sección 3.1 Servicios *sin* cobertura del plan**

Los siguientes servicios no están cubiertos por nuestro plan, pero están disponibles a través de Medicaid:

- Cualquier medicamento cubierto por Medicaid que no está cubierto por Medicare Parte B o Parte D.
- Atención dental.
- Anteojos.
- Servicios de un centro de salud calificado federalmente.
- Audífonos.
- Centros de atención de largo plazo.
- Transporte para obtener atención médica.
- Servicios de salud clínica rural.
- **Atención: Esta no es una lista exhaustiva.** Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener todos los datos sobre lo que cubre su plan de Medicaid, incluido el tipo de plan (por ejemplo, tarifa por servicio o plan de atención médica administrada). Asimismo, si recibe servicios cubiertos por Medicaid de un proveedor de la red que no está cubierto por nuestro plan, deberá mostrar su tarjeta de Medicaid cuando obtenga esos servicios.

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

## SECCIÓN 4. ¿Qué servicios no cubre nuestro plan?

### Sección 4.1 Servicios *sin* cobertura del plan (exclusiones)

Esta sección le indica qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no tienen cobertura en este plan. Si un servicio está "excluido" significa que no cubrimos estos servicios.

El siguiente cuadro describe algunos servicios y productos que no cubre nuestro plan bajo ninguna circunstancia o que los cubre únicamente en condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que aparecen en el cuadro a continuación excepto en las condiciones específicas mencionadas. La única excepción es que pagaremos si después de presentar una apelación se determina que un servicio que aparece en el cuadro es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a sus circunstancias específicas.

(Consulte la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decidimos no cubrir un servicio médico).

Todas las exclusiones o las limitaciones de los servicios se describen en el Cuadro de beneficios o en el cuadro que aparece a continuación.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare		√ Esta exclusión no se aplica a los servicios o a los productos que no están cubiertos por Original Medicare, pero que sí están cubiertos por nuestro plan.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos y productos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta.</li> </ul>		√ Pueden tener cobertura de Original Medicare a través de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Vea más información sobre los estudios de investigación clínica en la Sección 5 del Capítulo 3).

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
Habitación privada en un hospital		<p style="text-align: center;">√</p> Servicio con cobertura solo cuando es necesario desde el punto de vista médico.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada.		<p style="text-align: center;">√</p> Se proporcionan teléfonos y televisores.
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	√	
La atención de custodia es la atención que se proporciona en un hogar para ancianos, un centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención permanente de médicos o paramédicos capacitados, tal como la atención que lo ayuda en las actividades de la vida diaria, tal como bañarse o vestirse.</li> </ul>	√	
Los servicios para tareas domésticas (tareas del ama de casa) incluyen asistencia con las tareas domésticas básicas, como hacer una limpieza rápida o preparar comidas sencillas.	√	
Las tarifas que cobran sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar.	√	

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
Cirugía estética o procedimientos estéticos		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Servicio cubierto en casos de lesión accidental o para la mejora de la función de una parte del cuerpo con una malformación.</p> <p>Servicio cubierto para todas las etapas de la reconstrucción del seno después de una mastectomía y los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.</p>
Atención quiropráctica de rutina		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Tiene cobertura la manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación.</p>
Cuidado rutinario de los pies		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).</p>
Comidas con entrega a domicilio	√	
Calzado ortopédico		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Si los zapatos forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico o bien son para una persona con una enfermedad del pie asociada con la diabetes.</p>
Dispositivos de soporte para los pies		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con una enfermedad del pie asociada con la diabetes.</p>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
Exámenes de la audición de rutina, audífonos y exámenes para ajustar los audífonos	√	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para visión disminuida	√	
Procedimientos para revertir la esterilización y los suministros anticonceptivos que no requieren receta médica	√	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	√	
Enfermería privada	√	
Servicios o procedimientos electivos o voluntarios (incluidos pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual y atlético, propósitos cosméticos, tratamientos contra el envejecimiento y rendimiento mental)		√ Servicio cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y tiene cobertura de Original Medicare.
Servicios que se proporcionan a los veteranos de guerra en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (Veterans Affairs, VA)		√ Sin embargo, cuando se reciben servicios de emergencia en un hospital de VA y el costo compartido de 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.

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
<p>Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesión accidental, trauma, infección, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.</p>
<p>Cirugía que, a juicio de un médico de la red, especialista en cirugía reconstructiva, ofrezca solo una mejora mínima de la apariencia. Cirugía que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia</p>	<p>√</p>	
<p>Lentes intraoculares no convencionales, después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, lentes intraoculares para corregir la presbicia)</p>		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Puede solicitar y podemos proporcionarle cobertura para la inserción de lentes intraoculares para corregir la presbicia o el astigmatismo después de una cirugía de cataratas en lugar de las lentes intraoculares convencionales. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre los cargos del plan para la inserción de las lentes intraoculares no convencionales y los servicios relacionados, y los cargos del plan para la inserción de las lentes intraoculares convencionales después de la cirugía de cataratas.</p>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
Masoterapia		<p style="text-align: center;">√</p> Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de terapia física de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios proporcionados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencias o certificados estatales para prestar servicios de atención médica y en los casos en que la afección del miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica autorizado	√	
Traslado en automóvil, taxi, autobús, camioneta (van) equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas y cualquier otro medio de transporte (excepto una ambulancia autorizada), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un proveedor de la red.	√	
Gastos de viaje y alojamiento		<p style="text-align: center;">√</p> Servicio cubierto si el grupo médico lo remite a un proveedor fuera de la red, tal como se describe en la Sección 2.3 del Capítulo 3; podemos pagar determinados gastos con autorización previa de acuerdo con nuestras pautas para traslados y alojamiento.

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
Exámenes físicos y otros servicios (1) requeridos para la obtención o la conservación del empleo o la participación en programas para empleados, (2) requeridos para obtener seguros o licencias o (3) indicados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o período de prueba.		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Cubierto si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico.</p>
Todos los servicios asociados con la concepción e inseminación artificiales, tales como trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (TITG), semen y óvulos (y los servicios relacionados con su obtención y almacenamiento), fecundación in vitro (FIV) y transferencia intratubárica de cigotos (TIC).	√	
Suministros desechables para uso en el hogar, tales como vendajes, gasas, cinta, productos antisépticos, apósitos, vendas elásticas, pañales, protectores de colchones y otros suministros para la incontinencia.		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Servicio cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y tiene cobertura de Original Medicare.</p>
Cuidados que se brindan en un centro de atención intermedia autorizado		<p style="text-align: center;">√</p> <p>Servicio cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y tiene cobertura de Original Medicare.</p>

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
<p>Productos y servicios que no están relacionados con la atención médica. Por ejemplo, no cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza de modales, etiqueta, habilidades de planificación, clases de lectura o desarrollo de destrezas con fines laborales.</li> <li>• Productos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas o la inteligencia.</li> <li>• Capacitación o clases particulares académicas para habilidades tales como gramática, matemáticas y administración del tiempo.</li> <li>• Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales y cursos para el crecimiento profesional.</li> </ul>	√	
<p>Terapia acuática y otra hidroterapia</p>		√ Cubiertos cuando se determine que son médicamente necesarios y se solicitan como parte de un programa de tratamiento físico.
<p>Nutrición para pacientes externos por vía oral, tales como suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas, suplementos para perder peso, leche maternizada (fórmula) y alimentos</p>	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Atención en un centro residencial donde se aloje durante la noche		<p style="text-align: center;">√</p> Cubierto como se describe en la sección "Atención residencial para el tratamiento del abuso de sustancias y de la salud mental" del Cuadro de beneficios.
Servicios relacionados con servicios o artículos que no tienen cobertura.		<p style="text-align: center;">√</p> Cuando un servicio o producto no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios relacionados con él, (1) excepto los servicios y productos que de otra forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o producto sin cobertura o (2) a menos que tenga cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios sin aprobación federal de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos. Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro Servicio que por ley deba contar con la aprobación de la Administración federal de Fármacos y Alimentos (FDA) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con tal aprobación.		<p style="text-align: center;">√</p> Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier lugar, incluso fuera de los Estados Unidos. No se aplica a los ensayos clínicos ni a la atención de emergencia con cobertura que usted recibe fuera de los Estados Unidos.
Marcos industriales	√	

<b>Servicios no cubiertos por Medicare</b>	<b>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</b>	<b>Con cobertura solo en circunstancias específicas</b>
Lentes y gafas de sol sin valor refractivo. Reemplazo de cristales o armazones perdidos o dañados		√ Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes productos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lente correctora transparente si solo necesita corrección un ojo.</li> <li>• Lentes con color cuando son necesarias desde el punto de vista médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.</li> </ul>
Adornos para los anteojos y lentes de contacto, como grabados, facetados y aplicaciones de joyas	√	
Artículos para la visión que por ley no requieren receta médica (además de los armazones para anteojos), tales como sujetadores, estuches para anteojos y equipos de reparación.	√	

### **Exclusiones de DeltaCare USA**

Los siguientes servicios y productos no están cubiertos por su beneficio dental de DeltaCare USA:

- Cualquier procedimiento que no aparezca específicamente en la lista del Cuadro de beneficios.
- Todos los costos relacionados con hospitalización, uso o estancias en un hospital, centro de cirugía ambulatoria, centro de cuidados prolongados u otros centros de atención similares.
- Dentadura postiza completa, espaciadores y coronas robados o perdidos.
- Gastos dentales incurridos en relación con el procedimiento dental después de finalizada la elegibilidad para la cobertura.
- Gastos dentales incurridos en relación con el procedimiento dental antes de que el miembro sea elegible para el programa dental prepago. Los ejemplos incluyen: dientes preparados para coronas, dentaduras postizas completas y parciales, tratamientos de conductos radiculares en progreso.

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

- Malformaciones congénitas (p. ej., dientes faltantes de nacimiento, dientes supernumerarios, displasias de esmalte y dentina, etc.) a menos que se incluyan en el Cuadro de beneficios.
- Entrega de medicamentos que normalmente no se proveen en un centro dental, a menos que se incluyan en el Cuadro de beneficios.
- Cualquier procedimiento que, según la opinión profesional del dentista contratado, especialista contratado o consultor del plan dental:
  - ◆ Tenga un mal pronóstico para conseguir un resultado satisfactorio y una duración razonable según el estado del/de los diente(s) y/o las estructuras circundantes, o
  - ◆ No sea coherente con los estándares generalmente aceptados por los dentistas.
- Servicios dentales recibidos en cualquier centro de atención dental que no sea el del dentista contratado asignado, incluso los servicios de un dentista especialista, excepto que esté expresamente autorizado por escrito o indicado como “atención dental de emergencia” en el Cuadro de beneficios. Para obtener una autorización escrita, el miembro deberá llamar al Departamento de Servicio a los Miembros al **1-877-611-1774**.
- Consultas por beneficios no cubiertos.
- Los servicios que solo tienen fines estéticos, desgastes, erosiones, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformaciones dentales congénitas o del desarrollo.
- Procedimientos preventivos, de endodoncia o restauración que no beneficie a los dientes que se deben retener para las sobredentaduras.
- Aparatos o restauraciones necesarias para aumentar la dimensión vertical, reemplazar o estabilizar la pérdida de estructura dental por desgastes, realineaciones de los dientes, férulas periodontales, registros gnatólogicos, equilibrio o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (ATM), a menos que se incluyan en el Cuadro de beneficios.
- Un plan de tratamiento inicial que involucra la extracción y restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con corona se considera una reconstrucción oral completa, según el programa dental prepago. Las coronas asociadas con dicho plan de tratamiento no son beneficios cubiertos. Esta exclusión no elimina el beneficio de otros servicios cubiertos.
- Metal precioso para aparatos dentales removibles, bases blandas metálicas o permanentes para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana, y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas y parciales.
- Extracciones de dientes, cuando estos son asintomáticos o no patológicos (sin signos ni síntomas de patología o infección) incluidos, por ejemplo, la extracción de terceros molares.
- Modalidades de tratamiento de la disfunción de la articulación temporomandibular, que incluyen prostodoncia, ortodoncia y rehabilitación oclusal completa o parcial o procedimientos de disfunción ATM únicamente para tratamiento del bruxismo.
- Procedimientos de extensión vestibuloplásticos/puentes realizados en la misma fecha de servicio de las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.
- Anestesia general/sedación profunda para procedimientos cubiertos en la misma fecha del servicio, como analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para anestesia general o sedación profunda.

- Inhalación de óxido nitroso cuando se administra con otros procedimientos de sedación cubiertos.

### **Limitaciones de DeltaCare USA.**

Los siguientes servicios y productos están limitados bajo su beneficio dental de DeltaCare USA:

- La frecuencia de ciertos beneficios está limitada. Todas las limitaciones de frecuencia se indican en el Cuadro de beneficios.
- Un tratamiento de empaste es un beneficio para extraer una caries dental, para reparaciones menores de la estructura dental o para reemplazar un empaste perdido.
- Una corona es un beneficio cuando no existe estructura dental suficiente para sostener un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional o no puede restaurarse, y que cumple con la limitación de más de cinco años.
- El reemplazo de una corona existente o de una dentadura postiza removible completa está cubierta en los siguientes casos:
  - ◆ cuando la restauración existente/dentadura postiza ya no es funcional y no se puede hacer que sea funcional reparándola o ajustándola, y
  - ◆ la restauración / dentadura postiza no funcional existente se colocó cinco años o más antes de su reemplazo.
- Las dentaduras parciales provisionales (placas de acrílico) y los dispositivos fijos o removibles, se limitan al reemplazo de los dientes anteriores extraídos para adultos durante un período de curación, en el que no se pueden agregar dientes a una dentadura postiza parcial existente.
- Los beneficios para un programa de tratamiento de tejido blando se limitan a las partes que aparecen como servicios cubiertos en el Anexo A. Si un miembro rechaza un servicio no cubierto en el programa de tratamiento de tejido blando, no elimina ni cambia ningún otro beneficio cubierto.
- Una nueva dentadura postiza inmediata completa o cubierta removible incluye los ajustes posteriores a la entrega y el acondicionamiento del tejido sin costo adicional durante los primeros seis meses después de su colocación si el miembro sigue siendo elegible y el servicio se presta en el centro de atención del dentista contratado en donde se colocó originalmente la dentadura postiza.
- Las dentaduras postizas inmediatas están cubiertas cuando se cumple con una o más de las siguientes condiciones:
  - ◆ Aparecen muchas caries o de gravedad en las radiografías o
  - ◆ se indica una afección periodontal grave, o
  - ◆ faltan varios dientes, lo que disminuye la capacidad de masticación y afecta negativamente a la salud del miembro.
- Los servicios de implantes son un beneficio solo cuando se documenten afecciones médicas excepcionales, se revise la necesidad desde el punto de vista médico y se autoricen con anticipación. Las afecciones médicas excepcionales incluyen, entre otras:

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

- ◆ Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía ablativa y/o radioterapia que destruyen hueso alveolar, cuando las estructuras óseas remanentes no pueden sostener las prótesis dentales convencionales.
- ◆ Atrofia grave de la mandíbula o del maxilar que no se pueden corregir con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo y el miembro no puede estar con una prótesis convencional.
- ◆ Deformaciones óseas previas al uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
- Algunos procedimientos realizados por un especialista se pueden considerar de atención primaria en virtud de la cobertura médica del miembro. Los beneficios dentales se coordinarán en consecuencia.
- La sedación profunda, anestesia general o sedación/analgesia consciente intravenosa para procedimientos cubiertos requieren que se presente cierta documentación para justificar la necesidad médica debido a una limitación mental o física o contraindicación de un anestésico local.
- La administración de anestesia general o sedación profunda (D9223), óxido nitroso (D9230) y sedación/analgesia consciente intravenosa (D9241 y D9242) es un beneficio en conjunto con procedimientos asociados que tienen costo. El pago o la autorización previa se denegarán si se rechazan todos los procedimientos asociados realizados por el mismo proveedor. Solo se pagará un procedimiento de anestesia por fecha de servicio, independientemente del método de administración.
- La administración de la sedación consciente no intravenosa (D9248) requiere documentación para justificar la necesidad desde el punto de vista médico según la afección física, del comportamiento, desarrollo o emocional que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento. No es un beneficio el mismo día del servicio de la anestesia general o sedación profunda (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de dióxido nitroso (D9230) o sedación o analgesia consciente intravenosa (D9241 y D9242) o cuando se rechacen todos los procedimientos asociados en la misma fecha del servicio brindados por el mismo proveedor.
- El tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas) o situaciones inusuales, según informe (D9930) es un beneficio para el tratamiento de alveolitis o sangrado excesivo en los 30 días siguientes a la fecha de una extracción, o para la extracción de fragmentos de huesos en los 30 días siguientes a la extracción.

---

**CAPÍTULO 5. Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus  
medicamentos recetados de la Parte D**

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>117</b>
Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D .....	117
Sección 1.2 Reglas básicas sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan .....	118
<b>SECCIÓN 2. Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo.....</b>	<b>119</b>
Sección 2.1 Para que las recetas tengan cobertura, debe usar una farmacia de la red.....	119
Sección 2.2 Cómo buscar las farmacias de la red.....	119
Sección 2.3 Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.....	120
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo? .....	121
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a nuestra red? .....	121
<b>SECCIÓN 3. Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra "Lista de medicamentos" .....</b>	<b>122</b>
Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.....	122
Sección 3.2 ¿Cómo sabe si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de medicamentos? .....	124
<b>SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura .....</b>	<b>124</b>
Sección 4.1 ¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos? .....	124
Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones se aplican?.....	125
Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos? .....	125
<b>SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea que tuviera? .....</b>	<b>126</b>
Sección 5.1 Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto .....	126
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si el medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o está sujeto a algún tipo de restricción? .....	126

---

<b>SECCIÓN 6.</b>	<b>¿Qué sucede si cambia la cobertura para uno de sus medicamentos? .....</b>	<b>128</b>
Sección 6.1	La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año .....	128
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está usando? .....	129
<b>SECCIÓN 7.</b>	<b>¿Qué tipos de medicamentos <i>no tienen</i> cobertura en nuestro plan? .....</b>	<b>130</b>
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura.....	130
<b>SECCIÓN 8.</b>	<b>Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta .....</b>	<b>132</b>
Sección 8.1	Presente su tarjeta de membresía .....	132
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de membresía?.....	132
<b>SECCIÓN 9.</b>	<b>Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales .....</b>	<b>132</b>
Sección 9.1	¿Qué sucede durante un ingreso en un hospital o en centro de atención de enfermería especializada con cobertura de nuestro plan? .....	132
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados a largo plazo? .....	133
Sección 9.3	¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	133
<b>SECCIÓN 10.</b>	<b>Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración.....</b>	<b>134</b>
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura.....	134
Sección 10.2	Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides en forma segura .....	134
Sección 10.3	Programa de administración del tratamiento con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos .....	135



### ¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Como es elegible para Medicaid, usted reúne los requisitos y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados del plan. Como está en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica en su caso.** Le enviamos un documento aparte llamado "**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos recetados**" (conocida también como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula LIS") que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

## SECCIÓN 1. Introducción

### Sección 1.1 En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D

En este capítulo, se explican las reglas que debe seguir para usar la cobertura para medicamentos de la Parte D. El siguiente capítulo incluye información sobre cuánto le corresponde a usted pagar por los medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, "Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D").

Además de la cobertura para medicamentos de la Parte D, también ofrecemos cobertura para algunos medicamentos a través de los beneficios médicos de nuestro plan. A través de nuestra cobertura de beneficios de Medicare Parte A, generalmente cubrimos los medicamentos que usted recibe durante los ingresos en un hospital o en centros de enfermería especializada. A través de nuestra cobertura de beneficios de Medicare Parte B, cubrimos medicamentos, entre ellos ciertos medicamentos para quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se administran durante una visita al consultorio médico y los medicamentos que recibe en un centro de atención para diálisis. En el Capítulo 4, "Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto paga usted)", se describen los beneficios y los costos de los medicamentos que recibe durante un ingreso con cobertura en un hospital o en centros de enfermería especializada, como también los beneficios y costos para los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden tener la cobertura de Original Medicare si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Solo ofrecemos cobertura para los servicios de Medicare Parte A, Parte B y Parte D y los medicamentos que no estén relacionados con su pronóstico terminal y afecciones relacionadas y que, por lo tanto, no tienen cobertura en el beneficio para centros de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, por favor consulte la Sección 9.3 de este capítulo, "¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?" Para obtener información sobre la cobertura para centros

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

de cuidados paliativos, consulte la sección correspondiente en el Capítulo 4, "Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto paga usted)".

En las siguientes secciones se proporciona información sobre los medicamentos que cubre su plan de beneficios de la Parte D. La Sección 9 de este capítulo, "Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales", incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, tiene algunos medicamentos recetados cubiertos por los beneficios de Medicaid. Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para obtener más información sobre qué medicamentos están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid) (vea el Capítulo 2 para obtener información de contacto) o vaya a <http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/FormularyFile.aspx>.

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

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

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta medicamentos) debe hacerle la receta médica.
- El profesional que receta medicamentos debe aceptar Medicare o enviar documentación a CMS que acredite que reúne los requisitos para hacer recetas médicas; de lo contrario, su reclamación de la Parte D será denegada. La próxima vez que los llame o visite, debe preguntar a los profesionales que recetan medicamentos si cumplen con este requisito. Si no es así, por favor tenga en cuenta que a estos profesionales que recetan medicamentos les llevará tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Generalmente debe usar una farmacia de la red para que le surtan la receta. (Consulte la Sección 2. "Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de venta por correo de nuestro plan").
- Su medicamento debe estar en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente** (llamada "Lista de medicamentos", en forma abreviada). (Consulte la Sección 3, "Los medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de medicamentos.").
- Su medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos o bien está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación aceptada desde el punto de vista médico).

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

### **Sección 2.1 Para que las recetas tengan cobertura, debe usar una farmacia de la red**

En la mayoría de los casos, las recetas tienen cobertura solo si se surten en las farmacias de nuestra red. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos recetados que tienen cobertura. La frase "medicamentos con cobertura" se refiere a los medicamentos recetados de la Parte D que tienen cobertura a través de la Lista de medicamentos de nuestro plan.

### **Sección 2.2 Cómo buscar las farmacias de la red**

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web ([kp.org/directory](http://kp.org/directory)) o llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

#### **¿Qué ocurre si la farmacia que usa deja de participar en nuestra red?**

Si la farmacia que usa habitualmente deja de pertenecer a la red de nuestro plan, deberá buscar otra que forme parte de nuestra red. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consultar el **Directorio de Farmacias**. Esta información también aparece en nuestro sitio web en [kp.org/directory](http://kp.org/directory).

#### **¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?**

A veces usted debe surtir sus recetas médicas en una farmacia especializada, entre las que se incluyen:

- Las farmacias que surten medicamentos para terapias de infusiones en el hogar.
- Las que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (long-term care, LTC). En general, los centros de cuidados a largo plazo (tal como un hogar para ancianos) tienen sus propias farmacias. Si está en un centro de cuidados a largo plazo, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente los beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias LTC, que generalmente es el tipo de farmacia que usan los centros LTC. Si tiene alguna

dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de cuidados a largo plazo, por favor comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

- Las farmacias que trabajan con el Programa de atención médica en centros indígenas, tribales y urbanos de Indian Health Service (Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program) (no disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos, o que requieren una manipulación especial, coordinación de proveedores o una explicación de su modo de uso.  
**Importante: Esta situación no es frecuente.**

Para encontrar una farmacia especializada, puede buscar en su **Directorio de Farmacias** o llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

Puede usar los servicios de pedidos por correo de nuestro plan para obtener ciertos tipos de medicamentos. En general, los medicamentos que se compran por correo son medicamentos que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo están marcados como "pedidos por correo" en nuestra Lista de medicamentos.

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

Para obtener información sobre el surtido de sus recetas médicas por correo, visite la farmacia de su red local o nuestro sitio web **kp.org/refill**. Puede pedir el resurtido de sus medicamentos en forma práctica, de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga el pedido en línea de forma segura en **kp.org/refill**.
- Llame al **1-888-218-6245 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 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 indique.
- Use un formulario de pedido por correo, disponible en cualquier farmacia de la red de Kaiser Permanente para enviar por correo su receta o su solicitud para resurtir un medicamento.

Si necesita resurtir un medicamento y que se lo envíen a su hogar y hace un pedido en línea, por teléfono o por medio de una aplicación móvil, debe pagar el costo compartido al hacer el pedido (el servicio normal de pedidos por correo no tiene gastos de envío). Si lo desea, puede escoger una farmacia de la red para recoger y pagar sus medicamentos recetados. Si tiene alguna pregunta sobre si una receta médica puede enviarse por correo, por favor llame a una farmacia de la red, o consulte nuestra Lista de medicamentos para ver cuáles se pueden enviar por correo.

En general, el servicio de pedidos por correo de una farmacia demora menos de 10 días. Si el pedido por correo se demora, por favor llame al número que aparece en la etiqueta del frasco del medicamento o encima de esta para recibir ayuda. Además, si no puede esperar a recibir su receta médica de nuestra farmacia de pedido por correo, puede obtener un suministro de urgencia

llamando a su farmacia local de la red que aparece en su **Directorio de Farmacias** o en **kp.org/directory**. Por favor tenga en cuenta que pagará más si obtiene un suministro para 100 días de una farmacia de la red en vez de recibirlo de nuestra farmacia de pedido por correo.

**Resurtidos por correo de medicamentos recetados.** Para resurtidos, por favor comuníquese con la farmacia 10 días antes de que se le terminen los medicamentos que tiene, para asegurarse de que su siguiente pedido se le entregue a tiempo.

Para que la farmacia pueda localizarlo y confirmar su pedido antes del envío, por favor asegúrese de informarles sobre las mejores formas de comunicarse con usted. Cuando haga el pedido, por favor proporcione su información de contacto actual para que podamos localizarlo si es necesario.

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

Nuestro plan ofrece **dos formas** de recibir un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido") de medicamentos de "mantenimiento" en nuestra Lista de medicamentos. Los medicamentos de mantenimiento son los que toma regularmente para una afección médica crónica o a largo plazo. Puede pedir este suministro a través de un pedido por correo (consulte la Sección 2.3 de este capítulo) o puede ir a una farmacia minorista.

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten recibir 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**. También puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Puede usar los servicios de pedidos por correo de nuestro plan para obtener ciertos tipos de medicamentos. Los medicamentos disponibles a través del servicio de pedidos por correo están marcados como "pedidos por correo" en nuestra Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo le permite pedir un suministro para un máximo de 100 días. Vea la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.

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

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

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, vea a continuación en qué casos cubrimos las recetas médicas que se surten en farmacias que no pertenecen a la red:

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

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

circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas del formulario de Medicare Parte D.

- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia cubierta fuera de la red o atención de urgencia cubierta fuera del área, cubriremos un suministro para 30 días en una farmacia que no pertenece a la red. **Importante:** Los medicamentos que se recetan y se surten fuera de los Estados Unidos y sus territorios como parte de servicios cubiertos de atención de emergencia o de urgencia, tienen cobertura para un suministro de hasta 30 días en un período de 30 días. Estos medicamentos no tienen cobertura de Medicare Parte D; por lo tanto, los pagos no cuentan para alcanzar el nivel de cobertura para catástrofes.
- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Es posible que no cubramos la receta si una persona razonable podría haber comprado el medicamento en una farmacia de la red durante el horario normal de atención.
- Si trata de surtir una receta para un medicamento que, por lo general, no está en existencias en una farmacia accesible de la red o que tampoco está disponible a través de nuestro servicio de pedidos por correo (incluidos los medicamentos costosos).
- Si no puede obtener sus medicamentos recetados de una farmacia de la red durante un desastre.

**En cualquiera de estos casos, por favor primero llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para ver si hay una farmacia de la red en la zona.** Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto. Se le puede pedir que pague la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia que no pertenece a la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

### ¿Cómo solicitar un reembolso de nuestro plan?

Si tiene que usar una farmacia que no pertenece a la red, por lo general, deberá pagar el costo total (en lugar del costo compartido normal) en el momento en que le surtan el medicamento. Puede solicitarnos que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos corresponde pagar. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7 se explica cómo solicitarnos un reembolso).

## SECCIÓN 3. Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra "Lista de medicamentos"

### Sección 3.1 La "Lista de medicamentos" indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura

Nuestro plan tiene una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**. En este folleto de **Evidencia de Cobertura** los llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar.

Con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, nuestro plan escoge los medicamentos incluidos en esta lista. La lista debe cumplir con ciertos requisitos de Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Los medicamentos de la Lista de medicamentos incluyen aquellos cubiertos por Medicare Parte D (en la Sección 1.1 de este capítulo hemos explicado los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos que cubre Medicare, tiene algunos medicamentos recetados cubiertos por los beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para obtener información sobre qué medicamentos cubre Medi-Cal (Medicaid) (Consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto) o consulte en <http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/FormularyFile.aspx>.

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos incluidos en esta Lista de medicamentos de nuestro plan siempre y cuando usted cumpla las demás reglas sobre la cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea la indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" es un uso del medicamento que:

- Ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la afección médica para la que se está recetando).
- O bien está respaldado por determinados libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information (Servicio de información sobre medicamentos de la Lista para hospitales de Estados Unidos), DRUGDEX Information System (Sistema de información DRUGDEX) y USPDI, United States Pharmacopeia Dispensing Information (Información sobre dispensación de la farmacopea de Estados Unidos) o su sucesor; y para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network (Red integral nacional de cáncer) y Clinical Pharmacology (Farmacología clínica) o sus sucesores.

### **Nuestra Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos**

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos componentes activos que su versión de marca. Generalmente produce el mismo efecto pero es más económico. Hay sustitutos genéricos para la mayoría de los medicamentos de marca.

### **¿Qué *no* se incluye en nuestra Lista de medicamentos?**

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare ofrezca cobertura para ciertos tipos de medicamentos (vea más información al respecto en la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de medicamentos.
- Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para obtener información sobre qué medicamentos cubre Medi-Cal (Medicaid) (Consulte el Capítulo 2 para obtener información de contacto) o consulte en <http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/FormularyFile.aspx>.

### Sección 3.2 ¿Cómo sabe si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de Medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente en **kp.org**.
2. Visite nuestro sitio web (**kp.org/seniormedrx**). La Lista de medicamentos (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**) que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para preguntar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos de nuestro plan (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**) o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

## SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura

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

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

En general, nuestras reglas le recomiendan que usted obtenga un medicamento que sea seguro y a la vez eficaz para tratar su afección médica. Si existe un medicamento de menor costo que es seguro y tiene la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las reglas de nuestro plan están diseñadas para recomendarle a usted y a su médico que usen la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y normas de Medicare con respecto a la cobertura y el costo compartido de los medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que otorguemos cobertura al medicamento. Si desea que no apliquemos esta restricción en su caso, deberá pasar por el proceso de decisiones sobre la cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar retirar la restricción en su caso o tal vez no. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

Por favor tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**). Esto sucede porque es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos de acuerdo con factores tal como la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento que le receta el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno al día o dos al día; en forma de comprimidos o en forma líquida).

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

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

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

Un medicamento "genérico" funciona igual que uno de marca pero, en general, es más económico. En la mayoría de los casos, cuando hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red deben proporcionarle el genérico. En general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su médico nos informa que existe un motivo médico por el que la versión genérica de un medicamento no es adecuada para usted, entonces cubriremos el costo del medicamento de marca (es posible que el costo compartido que debe pagar por el medicamento de marca sea mayor que el de la versión genérica).

### Cómo obtener la aprobación previa del plan

Para que cubramos ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben primero obtener la aprobación de nuestro plan. Esto se denomina "**autorización previa**". A veces este requisito de obtener una aprobación previa sirve para ayudar a determinar el uso correcto de ciertos medicamentos. Si no se obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

## Sección 4.3 ¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?

La Lista de medicamentos de nuestro plan incluye información sobre las restricciones antes mencionadas. Para saber si estas restricciones se aplican a alguno de los medicamentos que está tomando o que necesita, consulte nuestra Lista de medicamentos. Para obtener información actualizada, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web ([kp.org/seniormedrx](http://kp.org/seniormedrx)).

Si existe una restricción para su medicamento, en general, significa que usted o su proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que otorguemos cobertura al medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con la Central de llamadas para servicio a los miembros para averiguar qué necesitaría usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que no apliquemos esta restricción en su caso, deberá pasar por el proceso de decisiones sobre la cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar retirar la restricción en su caso o tal vez no. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

## **SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea que tuviera?**

### **Sección 5.1 Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto**

Esperamos que esté conforme con la cobertura de sus medicamentos. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o uno que usted y su proveedor crean que debería estar tomando y no está en nuestro formulario o sí está pero con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga cobertura en absoluto, o que ofrezcamos cobertura para la versión genérica de un medicamento, pero no para la versión de marca que usted desea tomar.
- El medicamento tiene cobertura, pero se aplican reglas o restricciones adicionales para ese medicamento específico. Como se explica en la Sección 4, se aplican determinadas reglas que restringen el uso de ciertos medicamentos cubiertos. En algunos casos, es posible que desee que le retiremos la restricción.

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

- Si el medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o está sujeto a restricciones, vaya a la Sección 5.2 para ver qué puede hacer.

### **Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si el medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o está sujeto a algún tipo de restricción?**

Si el medicamento no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o tiene alguna restricción, usted puede hacer lo siguiente:

- Puede obtener un suministro provisional del medicamento (esta opción está disponible solo para miembros bajo ciertas circunstancias). Esto les dará tiempo a usted y a su proveedor para cambiar de medicamento o presentar una solicitud para que le cubran el medicamento.
- Puede cambiar de medicamento.
- Puede pedirnos que hagamos una excepción y que otorguemos cobertura al medicamento o quitemos las restricciones a las que está sujeto.

#### **Puede obtener un suministro provisional**

En ciertas circunstancias, si el medicamento que necesita no está incluido en nuestra Lista de medicamentos o está sujeto a algún tipo de restricción, podemos ofrecerle la opción de recibir un suministro provisional. Esto le dará tiempo de hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y determinar qué hacer.

---

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

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

- ◆ El medicamento que toma ya no forma parte de la Lista de medicamentos.
- ◆ O el medicamento que toma está ahora sujeto a algún tipo de restricción (consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener información sobre las restricciones).

**2. Debe estar en una de las siguientes situaciones:**

- ◆ **Para los miembros nuevos o los que estaban inscritos en nuestro plan el año pasado:** Cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan si es un miembro nuevo y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado. Este suministro provisional será un suministro para 30 días como máximo. Si su receta médica es por menos tiempo, permitiremos que se hagan varios resurtidos para proporcionarle un suministro de medicamento para 30 días como máximo. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicie).
- ◆ **Para aquellos miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:** Ofrecemos cobertura para un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o de menos días según se indique en la receta médica. Este suministro es adicional al suministro de la situación temporal mencionado antes.
- ◆ **Como miembro actual de nuestro plan, si tiene una hospitalización cubierta en un hospital o en centros de enfermería especializada,** los medicamentos que reciba durante su internación tendrán cobertura de sus beneficios médicos y no a través de la cobertura para medicamentos recetados de Medicare Parte D. Al recibir el alta o después de ser trasladado a un centro de cuidados a largo plazo para recibir atención de custodia, muchos de los medicamentos recetados como paciente externo que obtenga en una farmacia tendrán cobertura de Medicare Parte D. Debido a que su cobertura para medicamentos varía según el entorno en el que obtiene el medicamento, es posible que un medicamento que tenía cobertura con su beneficio médico no la tenga con Medicare Parte D (por ejemplo, los medicamentos de venta sin receta o los productos para la tos). Si esto sucede, a menos que tenga otra cobertura (por ejemplo, una cobertura de grupo de un empleador o de un sindicato), deberá pagar el costo total del medicamento.

Para obtener un suministro provisional, comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Durante el tiempo que reciba un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote el suministro provisional. Puede cambiar a otro medicamento con cobertura de nuestro plan o pedirnos que hagamos una excepción en su caso y que cubramos su medicamento actual. Las secciones a continuación incluyen más información sobre estas opciones.

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

### **Puede cambiar de medicamento**

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

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

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento. Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, puede ayudarlo a presentar una solicitud para que se haga una excepción. Por ejemplo, puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no forma parte de la Lista de medicamentos de nuestro plan. También puede pedirnos que hagamos una excepción y que cubramos el medicamento sin restricciones.

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

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

### **Sección 6.1 La Lista de medicamentos puede cambiar durante el año**

La mayoría de los cambios en la cobertura se hace al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, es posible que hagamos cambios en la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, es posible que:

- Se agreguen o quiten medicamentos de la Lista de medicamentos. Salgan a la venta nuevos medicamentos, incluidas nuevas versiones genéricas. El gobierno quizás apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y, por lo tanto, lo quitamos de la cobertura. O podemos quitar un medicamento de la lista porque se determina que no es eficaz.
- Se agreguen o quiten restricciones a la cobertura de un medicamento (vea más información sobre estas restricciones en la Sección 4 de este capítulo).
- Se reemplace un medicamento de marca por su versión genérica.

Debemos seguir los requisitos de Medicare antes de hacer cambios en nuestra Lista de medicamentos.

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

### Información sobre los cambios a los medicamentos cubiertos

Cuando se realizan cambios a la Lista de medicamentos durante el año, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos nuestra Lista de medicamentos en línea en forma periódica para incluir cualquier cambio que haya ocurrido después de la última actualización. A continuación, se detalla cuándo recibirá información directa sobre los cambios en los medicamentos que está tomando. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono se encuentran en la contratapa de esta guía).

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

Cambios que pueden afectarlo este año. En los casos que se detallan a continuación, se verá afectado por los cambios en la cobertura durante el presente año:

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (cambiamos el nivel del costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca).**
  - ◆ Podríamos retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior, y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a un nivel de costo compartido distinto o agregar nuevas restricciones.
  - ◆ Es posible que no le informemos antes de realizar estos cambios, incluso si está tomando actualmente el medicamento de marca.
  - ◆ Usted o el médico que le receta el medicamento puede solicitarnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriéndole el medicamento de marca. A fin de obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9 sobre "¿Qué hacer si tiene un problema o una queja informal? (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)."
  - ◆ Si está tomando el medicamento de marca al momento que realizamos el cambio, le entregaremos información sobre el o los cambios específicos. Esto también incluirá la información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba esta notificación antes de que realicemos el cambio.
- **Medicamentos poco seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - ◆ De vez en cuando, algunos medicamentos se retiran de improvisto porque se halló que no son seguros o se retiran del mercado por otras razones. Si esto ocurre, retiraremos el medicamento de inmediato de la Lista de medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le avisaremos sobre este cambio de inmediato.

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

- ◆ El médico que le receta el medicamento también estará al tanto de este cambio y podrá conversar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios a medicamentos en la Lista de medicamentos.**
  - ◆ Podremos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que está tomando una vez que haya comenzado el año. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca. También podremos realizar cambios según los informes de la Administración de Alimentos y Fármacos o de acuerdo con nuevas guías clínicas reconocidas por Medicare. Le avisaremos con al menos 30 días de anticipación o le daremos un resurtido en una farmacia de la red para 30 días del medicamento que está tomando.
  - ◆ Durante este período de 30 días, deberá hablar con el médico que le receta el medicamento para cambiarlo por otro que sí cubrimos.
  - ◆ Usted o el médico que le receta el medicamento nos pueden pedir que hagamos una excepción y que le sigamos cubriendo el medicamento. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, sobre "¿Qué hacer si tiene un problema o una queja informal? (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)."

**Cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos que no afectarán a las personas que están tomando actualmente el medicamento.** Para los cambios a la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente, si está tomando actualmente ese medicamento, las clases de cambios que se describen a continuación no lo afectarán hasta el 1 de enero del año siguiente (si usted permanece en nuestro plan):

- Se aplica una restricción nueva al uso del medicamento.
- Quitamos el medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios se aplica a un medicamento que usted toma (pero no debido a su retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a uno de marca u otro cambio indicado más arriba), el cambio no afectará el modo de uso ni lo que paga como costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en los pagos ni restricciones adicionales al uso del medicamento. No le avisarán en forma directa este año sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, usted quedará sujeto a los cambios a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que revise la Lista de medicamentos del próximo año para ver si hay algún cambio en los medicamentos.

## **SECCIÓN 7. ¿Qué tipos de medicamentos *no tienen* cobertura en nuestro plan?**

### **Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura**

En esta sección se describen los tipos de medicamentos recetados que están "excluidos", es decir, que Medicare no los paga.

No tendrá que pagar los medicamentos que se mencionan en esta sección; la única excepción es si después de presentar una apelación se determina que el medicamento solicitado no aparece en la lista de exclusiones de la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto dadas sus circunstancias específicas. (Consulte la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación si decidimos no cubrir un medicamento).

Vea a continuación tres reglas generales sobre los medicamentos que no se incluyen en la cobertura de la **Parte D** de los planes de Medicare para medicamentos:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye los medicamentos que tienen cobertura de Medicare Partes A o B.
- El plan no cubre medicamentos que se compran fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso no indicado. El "uso no indicado" se refiere a cualquier tipo de uso del medicamento distinto del que se especifica en su etiqueta como aprobado por la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos.
  - ◆ En general, el "uso no indicado" tiene cobertura solo si está respaldado por lo publicado en ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information (Servicio de información sobre medicamentos de la Lista para hospitales de Estados Unidos), DRUGDEX Information System (Sistema de información DRUGDEX) y para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network (Red integral nacional de cáncer) y Clinical Pharmacology (Farmacología clínica) o sus sucesores. Si el "uso no indicado" no se fundamenta en ninguno de estos libros de referencia, no tendrá cobertura del plan.

Además, por ley, ciertos tipos de medicamentos que se mencionan a continuación en la lista no tienen cobertura en los planes de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos podrían estar cubiertos por su cobertura de medicamentos de Medicaid (comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener más datos):

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

## **SECCIÓN 8. Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta**

### **Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía**

Siempre que surta sus recetas, recuerde presentar su tarjeta de membresía del plan en la farmacia de la red que elija. Cuando usted usa esta tarjeta, la farmacia de la red le facturará directamente al plan el porcentaje que nos corresponde pagar del costo del medicamento recetados cubierto. Usted deberá pagar a la farmacia su costo compartido al retirar el medicamento. Tenga en cuenta que deberá mostrar su tarjeta de identificación de Medi-Cal (Medicaid) cuando obtiene medicamentos cubiertos por Medi-Cal (Medicaid) que están excluidos de Medicare Parte D.

### **Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de membresía?**

Si olvida llevar su tarjeta de membresía cuando va a surtir una receta, pida al farmacéutico que se comunique con nosotros para obtener la información necesaria.

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

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

### **Sección 9.1 ¿Qué sucede durante un ingreso en un hospital o en centro de atención de enfermería especializada con cobertura de nuestro plan?**

Si es admitido, con cobertura del plan, en un hospital o en centros de enfermería especializada, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que reciba durante la internación. Una vez que recibe el alta del hospital o de los centros de enfermería especializada, proporcionaremos cobertura para sus medicamentos siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura. Vea más información sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos en las partes anteriores de esta sección. En el Capítulo 6 ("Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D") encontrará más información sobre la cobertura para medicamentos y cuánto le corresponde pagar a usted.

## **Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados a largo plazo?**

En general, los centros de cuidados a largo plazo (tal como un hogar para ancianos) tienen sus propias farmacias o una farmacia que surte los medicamentos para todos los residentes. Quienes viven en un centro de cuidados a largo plazo pueden surtir sus recetas en la farmacia del centro, siempre y cuando esta forme parte de nuestra red.

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

### **¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados a largo plazo y se inscribe como nuevo miembro en nuestro plan?**

Si necesita un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de medicamentos o que está sujeto a algún tipo de restricción, ofrecemos cobertura para un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para 31 días como máximo, o para menos días según se indique en la receta. (Por favor tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicie).

Si ha sido miembro de nuestro plan durante más de 90 días y necesita un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de medicamentos o si nuestro plan tiene restricciones relacionadas con la cobertura de los medicamentos, cubriremos un suministro para 31 días, o para menos días según se indique en la receta médica.

Durante el tiempo que reciba un suministro provisional de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir lo que debe hacer cuando se agote el suministro provisional. Quizás haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. O bien usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento. Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 encontrarán información al respecto.

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

Los medicamentos no están nunca cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no cubre el centro de cuidados paliativos porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación de parte del profesional que receta medicamentos o del proveedor del centro de cuidados paliativos que exprese que el medicamento no está relacionado con su afección médica antes de que el plan pueda ofrecerle cobertura para el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de los medicamentos no relacionados que nuestro plan debe cubrir, puede pedirle al proveedor del centro de cuidados paliativos o al profesional que receta medicamentos que se aseguren de tener la notificación de que el

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

medicamento no está relacionado con su afección médica antes de que usted le pida a la farmacia que le surta el medicamento recetado.

Si cancela su elección del centro de cuidados paliativos o recibe el alta de este centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para que se verifique su cancelación o el alta. Vea las partes anteriores de este capítulo sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 6 "Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D" encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar.

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

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

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

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

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

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

### **Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides en forma segura**

Ofrecemos un programa que puede ayudar a asegurar que nuestros miembros usen sus medicamentos recetados opioides en forma segura u otros medicamentos que se utilizan en forma indebida a menudo. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si utiliza medicamentos opioides que le recetan distintos médicos o farmacias, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que los usa de manera adecuada y que sean necesarios desde el punto de vista médico. Si decidimos, en conjunto con

sus médicos, que usted podría estar en riesgo de usar los medicamentos opioides o las benzodiacepinas en forma indebida, es posible que pongamos trabas para que pueda conseguir estos medicamentos. Las limitaciones podrían ser las siguientes:

- Requerirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas en una sola farmacia.
- Requerirle que obtenga todas las recetas de medicamentos opioides o benzodiacepinas de un solo médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiacepinas que le cubrimos.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se le podrían aplicar, le enviaremos una carta antes. La carta incluirá información que explica los términos de las limitaciones que creemos que se le deben aplicar. También tendrá la posibilidad de indicarnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si cree que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abusar o usar en forma indebida los medicamentos, usted y su médico tienen el derecho de presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

El DMP podría no aplicar en su caso si tiene ciertas afecciones médicas, como cáncer, si está recibiendo cuidados paliativos o si vive en un centro de atención a largo plazo.

### **Sección 10.3 Programa de administración del tratamiento con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos**

Ofrecemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Por ejemplo, algunos miembros tienen varias afecciones médicas, toman distintos medicamentos al mismo tiempo o usan medicamentos que tienen costos elevados.

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

Nuestro programa se llama programa de Administración del tratamiento con medicamentos (Medication Therapy Management, MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para distintas afecciones médicas pueden recibir servicios a través del programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión general de todos sus medicamentos. Puede hablar sobre cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y los medicamentos de venta sin receta. Se le entregará un resumen por escrito de esta conversación. El resumen tiene un plan de acción de medicamentos que le recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con espacio para que escriba sus notas o cualquier pregunta de seguimiento. También le darán una lista personal de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

Es una buena idea que la revisión de sus medicamentos se haga antes de la "Consulta para el bienestar" que se hace una vez al año, para que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos cuando asista a una consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapta a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente y le enviaremos información al respecto. Si decide no participar, por favor avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>139</b>
Sección 1.1 Use la información en este capítulo junto con otros materiales donde se explica su cobertura para medicamentos .....	139
Sección 1.2 ¿Qué tipos de costos de su bolsillo puede tener que pagar para recibir medicamentos cubiertos? .....	140
<b>SECCIÓN 2. La cantidad que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que está usted cuando recibe el medicamento .....</b>	<b>140</b>
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal? .....	140
<b>SECCIÓN 3. Le enviaremos informes que expliquen los pagos de sus medicamentos y que le indiquen en qué etapa de pago se encuentra .....</b>	<b>141</b>
Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "Explicación de Beneficios de la Parte D") .....	141
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos por medicamentos .....	142
<b>SECCIÓN 4. Durante la Etapa de deducible, pagará el costo completo de sus medicamentos .....</b>	<b>143</b>
Sección 4.1 Permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$415 por sus medicamentos* .....	143
<b>SECCIÓN 5. Durante la etapa inicial de cobertura, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje .....</b>	<b>144</b>
Sección 5.1 Tabla de costos para un suministro de un mes de un medicamento* .....	144
Sección 5.2 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, puede que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero .....	144
Sección 5.3 Tabla de los costos para un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta 100 días)* .....	145
Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la suma de los costos totales de los medicamentos que compra durante el año equivalga a \$3,820* .....	146

<b>SECCIÓN 6.</b>	<b>En la Etapa de período de intervalo en la cobertura, recibirá un descuento en los medicamentos de marca y no pagará más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos* .....</b>	<b>146</b>
Sección 6.1	Permanece en la Etapa de período de intervalo en la cobertura hasta que los costos de su bolsillo alcanzan un total de \$5,100* .....	146
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo para los medicamentos recetados .....	147
<b>SECCIÓN 7.</b>	<b>En la Etapa de cobertura catastrófica, pagamos la mayoría de los costos de sus medicamentos* .....</b>	<b>149</b>
Sección 7.1	Una vez que llega a la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año* .....	149
<b>SECCIÓN 8.</b>	<b>Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compre.....</b>	<b>149</b>
Sección 8.1	El plan puede ofrecer coberturas separadas para la propia vacuna de la Parte D y para el costo de la administración de la vacuna.....	149
Sección 8.2	Le recomendamos que llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros antes de vacunarse .....	151



### ¿Cómo puede obtener información sobre los costos de sus medicamentos?

Como es elegible para Medicaid y reúne los requisitos, obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus costos de los medicamentos recetados del plan. Como está en el programa de "Ayuda adicional", **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica en su caso.** Le enviamos un documento aparte llamado "**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos recetados**" (conocida también como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o la "Cláusula LIS") que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

## SECCIÓN 1. Introducción

### Sección 1.1 Use la información en este capítulo junto con otros materiales donde se explica su cobertura para medicamentos

En este capítulo se describe cuánto paga usted por sus medicamentos recetados de la Parte D. Para evitar confusiones, en este capítulo usaremos la palabra "medicamento" para referirnos a los medicamentos recetados de la Parte D. Tal como se explica en el Capítulo 5, no todos son medicamentos de la Parte D, algunos están excluidos de la cobertura de la Parte D por ley. Algunos de los medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D tienen la cobertura de Medicare Parte A o Parte B, o por Medicare Medi-Cal (Medicaid).

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

- **Nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente.** Para evitar confusiones los llamamos "Lista de medicamentos".
  - ♦ En ella se indica qué medicamentos tienen cobertura para usted.
  - ♦ También explica si está sujeto a alguna restricción de cobertura.
  - ♦ Si necesita una copia de la Lista de medicamentos, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). La lista también aparece en nuestro sitio web en [kp.org/seniormedrx](http://kp.org/seniormedrx). La versión del sitio web es siempre la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 incluye detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados, entre ellos, las reglas que debe seguir al comprar sus medicamentos

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

cubiertos. En este capítulo también se describen los tipos de medicamentos recetados que no tienen cobertura del plan.

- **Directorio de Farmacias de nuestro plan.** En la mayoría de los casos, usted debe comprar sus medicamentos con cobertura en una farmacia de la red (vea más información en el Capítulo 5). El **Directorio de Farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red de nuestro plan. También le indica cuáles son las farmacias de la red que pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (tal como surtir una receta médica para que el suministro del medicamento le dure tres meses).

### Sección 1.2 ¿Qué tipos de costos de su bolsillo puede tener que pagar para recibir medicamentos cubiertos?

Para entender la información sobre los pagos que se incluye en este capítulo, primero debe saber qué tipos de costos de su bolsillo podría tener que pagar para recibir servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se llama "costo compartido" y existen tres formas en las que se le puede pedir que pague.

- El "**deducible**" es la cantidad que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar el costo compartido.
- Un "**copago**" es una cantidad fija que paga cada vez que surte una receta médica.
- Un "**coseguro**" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

## SECCIÓN 2. La cantidad que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que está usted cuando recibe el medicamento

### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal?

Como se muestra en el siguiente cuadro, la cobertura para medicamentos recetados de Medicare Parte D tiene "etapas de pago de medicamentos" según nuestro plan. La cantidad que debe pagar por un medicamento depende de la etapa en la que se encuentre en el momento en que surte o vuelve a surtir una receta médica. Recuerde que usted debe pagar la prima mensual del plan siempre, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que está.

<b>Etapa 1</b> <b>Etapa de deducible anual</b>	<b>Etapa 2</b> <b>Etapa de cobertura inicial</b>	<b>Etapa 3</b> <b>Etapa de período de intervalo en la cobertura</b>	<b>Etapa 4</b> <b>Etapa de cobertura catastrófica</b>
<p>Si recibe "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago en su caso.</p> <p>Si no recibe "Ayuda adicional", comenzará esta etapa de pago cuando surta su primera receta del año.</p> <p>Durante esta etapa, pagará el costo completo de sus medicamentos. Permanecerá en esta etapa hasta que haya pagado <b>\$415</b> por sus medicamentos (<b>\$415</b> es el monto de su deducible).</p> <p>(En la Sección 4 de este capítulo se incluyen los detalles).</p>	<p>Comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, pagamos nuestro porcentaje del costo de sus medicamentos y usted paga el suyo.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los "costos totales de los medicamentos" hasta la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) totalicen <b>\$3,820</b>.</p> <p>(En la Sección 5 de este capítulo se incluyen los detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, usted paga el <b>25%</b> del precio de los medicamentos de marca (más una cuota de dispensación) y el <b>37%</b> del precio para medicamentos genéricos.</p> <p>Permanece en esta etapa hasta que los "costos de su bolsillo" hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de <b>\$5,100</b>. Este monto y las reglas para contabilizar los costos con respecto a este monto han sido establecidos por Medicare.</p> <p>(En la Sección 6 de este capítulo se incluyen los detalles).</p>	<p>Durante esta etapa, <b>pagaremos la mayor parte del costo</b> de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2019).</p> <p>(En la Sección 7 de este capítulo se incluyen los detalles).</p>

**SECCIÓN 3. Le enviaremos informes que expliquen los pagos de sus medicamentos y que le indiquen en qué etapa de pago se encuentra**

**Sección 3.1 Le enviaremos un informe mensual llamado "Explicación de beneficios de la Parte D" (la "Explicación de Beneficios de la Parte D").**

El plan lleva un registro de los costos de los medicamentos recetados que usted compra y de cuánto paga cada vez que surte o vuelve a surtir una receta médica en la farmacia. De esta forma, podemos informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. Hacemos un seguimiento especial de dos tipos de costos:

- Cuánto paga usted, lo que se llama costo "de su bolsillo".

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

- Y también registramos los "**costos totales de los medicamentos**", es decir, la suma de lo que paga de su bolsillo, u otros pagos que se hacen en su nombre y lo que paga el plan.

El plan preparará un informe escrito llamado **Explicación de beneficios de la Parte D** cada vez que usted surta una o más recetas médicas a través de nuestro plan durante el mes anterior. Este incluye:

- **Información correspondiente al mes.** En este informe se incluyen los detalles del pago de las recetas médicas que haya surtido durante el mes anterior. Describe los costos totales de los medicamentos, las cantidades que paga el plan, lo que paga usted y los pagos que se hacen en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información "hasta la fecha". Aquí se muestran los costos y los pagos totales de los medicamentos desde el comienzo del año.

### **Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos por medicamentos**

Utilizamos los registros que nos envían las farmacias para hacer un seguimiento de los costos y los pagos de los medicamentos. Vea cómo puede ayudarnos a mantener esta información correcta y actualizada:

- **Presente su tarjeta de membresía al surtir una receta médica.** Para asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas, recuerde presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** A veces usted paga por medicamentos recetados pero nosotros no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de los costos de su bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de los costos de su bolsillo, puede entregarnos copias de los recibos de los medicamentos que compra. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague el porcentaje del costo del medicamento que le corresponde. Vea instrucciones sobre cómo hacerlo en la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Vea a continuación algunos tipos de situaciones donde se recomienda que nos entregue copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que usted gasta en la compra de medicamentos:
  - ◆ Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - ◆ Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan a través de un programa de asistencia para pacientes que es ofrecido por un fabricante de medicamentos.
  - ◆ Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias de fuera de la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan para los costos de su bolsillo y lo ayudan a reunir los requisitos para cobertura catastrófica. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA (*AIDS Drug Assistance Program, ADAP*), el Servicio de Salud para la Población Indígena (*Indian Health Service*) y la mayoría de las entidades benéficas cuentan para los costos de su bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Al recibir por correo la **Explicación de beneficios de la Parte D**, por favor léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que falta algo o si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto). También puede elegir consultar su **Explicación de beneficios de la Parte D** en línea en vez de por correo. Por favor visite [kp.org/goinggreen](http://kp.org/goinggreen) e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **Explicación de beneficios de la Parte D** en línea de forma segura. Asegúrese de conservar estos informes porque son una parte importante de su registro de gastos por medicamentos.

#### **SECCIÓN 4. Durante la Etapa de deducible, pagará el costo completo de sus medicamentos**

##### **Sección 4.1 Permanecerá en la Etapa de deducible hasta que haya pagado \$415 por sus medicamentos\***

Como la mayoría de nuestros miembros obtienen una "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, la Etapa de deducibles no se aplica a la mayoría de nuestros miembros. Si recibe "Ayuda adicional", esta etapa de pago no se le aplica.

Si no recibe "Ayuda adicional", la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando llena su primera receta de medicamentos del año. Cuando está en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto deducible de nuestro plan, que es de **\$415** para 2019.

- Sus "**costos completos**" generalmente son menores al costo total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos.
- El "**deducible**" es el monto que debe pagar para sus medicamentos recetados de la Parte D antes de que nuestro plan comience a pagar su porcentaje.

Cuando ya haya pagado **\$415** por sus medicamentos, dejará de estar en la Etapa de deducible y pasará a la próxima etapa de pago de medicamentos, que es la Etapa de cobertura inicial.

## SECCIÓN 5. Durante la etapa inicial de cobertura, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje

### Sección 5.1 Tabla de costos para un suministro de un mes de un medicamento\*

Durante la Etapa de cobertura inicial, el porcentaje que usted debe pagar del costo de un medicamento cubierto se hace a través de un copago o un coseguro.

- Un "coseguro" significa que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

**Por favor tenga en cuenta lo siguiente:**

- Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias de fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Por favor consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos recetas médicas surtidas en farmacias de fuera de la red.

**El costo compartido que usted paga por un suministro de un mes de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:**

Farmacia	Usted paga
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia minorista de la red o pedido por correo(dentro de la red)</li> </ul>	Coseguro del <b>25%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia de la red para atención crónica (LTC)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacia que no pertenece a la red (la cobertura se limita a algunas situaciones; consulte más información en el Capítulo 5)</li> </ul>	

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

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

El monto que pague cuando reciba un suministro para menos de un mes dependerá de si usted es responsable de pagar el coseguro (un porcentaje del costo total) o un copago (un monto fijo en dólares).

- Si usted es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Paga el mismo porcentaje con independencia de que la receta médica sea para un suministro de mes completo o para menos días. Sin embargo, debido a que el costo del medicamento completo será menor si recibe un suministro para menos de un mes, el monto que paga será inferior.
- Si usted es responsable del copago del medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que recibe. Calcularemos el monto que paga por día del medicamento (la "tasa diaria de costo compartido") y la multiplicaremos por el número de días del medicamento que recibe.

Le ofrecemos un ejemplo: Digamos que el copago de su medicamento por un suministro de un mes completo (un suministro de 30 días) es de \$30. Esto significa que el monto que paga al día por su medicamento es \$1. Si recibe un suministro de 7 días del medicamento, su pago será de \$1 al día multiplicado por 7 días, lo que hace un pago total de \$7.

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

### **Sección 5.3 Tabla de los costos para un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta 100 días)\***

Para ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro ampliado") al surtir la receta médica. El suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. (Vea en la Sección 2.4 del Capítulo 5 más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento).

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

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

<b>Farmacia</b>	<b>Usted paga</b>
• Farmacia minorista de la red o pedido por correo (dentro de la red)	Coseguro del <b>25%</b>

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

**Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la suma de los costos totales de los medicamentos que compra durante el año equivalga a \$3,820\***

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que la suma del costo de todos los medicamentos recetados que surte o vuelve a surtir equivalga a **\$3,820**, que es el límite de esta Etapa de cobertura inicial.

El costo total de los medicamentos se calcula sumando lo que paga usted y lo que paga cualquier plan de Parte D:

- Lo que **ha pagado** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde que hizo la primera compra de medicamentos del año. (Vea en la Sección 6.2 más información sobre cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo). Aquí se incluyen:
  - ♦ Los \$415 que pagó cuando estaba en la Etapa de deducible si no califica para recibir "Ayuda adicional".
  - ♦ El monto total que paga como el porcentaje que le corresponde del costo de los medicamentos que compra durante la Etapa de cobertura inicial.
- Lo que **ha pagado el plan** como el porcentaje que le corresponde del costo de los medicamentos que usted compra durante la Etapa de cobertura inicial. (Si usted estuviese inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2019, el monto que pagó el plan durante la Etapa de cobertura inicial también cuenta para la suma de los costos de los medicamentos).

La **Explicación de beneficios de la Parte D** que le enviamos le ayudará a hacer un seguimiento de cuánto gastan en medicamentos en su nombre durante el año usted y el plan, así como cualquier tercero. Muchas personas no llegan al límite de **\$3,820** en un año, pero si usted lo alcanza, se lo notificaremos.

Le informaremos si alcanza este monto de \$3,820. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período de intervalo en la cobertura.

**SECCIÓN 6. En la Etapa de período de intervalo en la cobertura, recibirá un descuento en los medicamentos de marca y no pagará más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos\*****Sección 6.1 Permanece en la Etapa de período de intervalo en la cobertura hasta que los costos de su bolsillo alcanzan un total de \$5,100\***

Cuando está en la Etapa de período de intervalo en la cobertura, el **Programa de descuento del período de intervalo en la cobertura de Medicare proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca**. Usted paga el 25% del precio negociado y una parte de la cuota de dispensación por los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga usted como el monto descontado por el fabricante cuentan para los costos de su bolsillo como si los hubiese pagado usted y hacen que avance por el período de intervalo en la cobertura.

También recibe alguna cobertura de medicamentos genéricos. Usted no paga más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos y nosotros pagaremos el resto. Para medicamentos genéricos, la cantidad que paga nuestro plan (63%) no cuenta para sus gastos de bolsillo. Solo lo que usted paga cuenta y lo hace pasar por el período de intervalo en la cobertura.

Continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 37% de los costos de los medicamentos genéricos hasta que los pagos de su bolsillo alcanzan la cantidad máxima que ha establecido Medicare. Para el año 2019, la cantidad es de **\$5,100**.

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que *no* cuenta como costo de su bolsillo. Cuando alcanza un límite de su bolsillo de **\$5,100**, sale de la Etapa de período de intervalo en la cobertura y pasa a la Etapa de cobertura para catástrofes.

### **Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos de su bolsillo para los medicamentos recetados**

Vea a continuación las reglas de Medicare que debemos cumplir para calcular los costos de su bolsillo por los medicamentos.

#### **Estos pagos sí se incluyen en los costos de su bolsillo**

Al sumar los costos de su bolsillo, puede incluir los pagos que aparecen abajo (siempre y cuando sea para medicamentos cubiertos de la Parte D y cumpla las reglas sobre la cobertura de medicamentos que se describen en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que paga por comprar medicamentos mientras está en cualquiera de estas etapas de pago de medicamentos:
  - ♦ Etapa de deducible.
  - ♦ Etapa inicial de cobertura.
  - ♦ Etapa de período de intervalo en la cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos recetados antes de inscribirse en nuestro plan.

#### **Quién paga es importante:**

- Si usted hace los pagos, entonces se incluyen entre los costos de su bolsillo.
- Se incluyen también los pagos que otro individuo u organización hace en su nombre. Aquí se incluyen los pagos que hace un amigo o un familiar, la mayoría de las entidades benéficas o un programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA o el Servicio de Salud para la Población Indígena (*Indian Health Service*). También se incluyen los pagos que se hacen a través del programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuento del período de intervalo en la cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

**Avance a la Etapa de cobertura catastrófica:**

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) alcanza un total de costos de su bolsillo de **\$5,100** durante el año calendario, pasará de la Etapa de período de intervalo en la cobertura a la Etapa de cobertura para catástrofes.

**Estos pagos no se incluyen entre los costos de su bolsillo**

Al sumar los costos de su bolsillo, **no** puede incluir ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos recetados:

- Lo que paga como prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no tienen cobertura del plan.
- Los medicamentos que compra en una farmacia de fuera de la red y que no cumplen con los requisitos de cobertura para compras hechas fuera de la red del plan.
- Los medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados que tienen cobertura de Medicare Partes A o B, y otros medicamentos que no se incluyen en la cobertura de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos dentro del Período de intervalo en la cobertura.
- Los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud del empleador.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, tales como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, el Workers' Compensation [seguro de los trabajadores]).

**Recordatorio:** Si cualquier otra organización tal como las que se mencionan antes paga parte o la totalidad de los costos de su bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informarlo al plan. Llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para notificarnos (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).

**¿Cómo puede hacer un seguimiento del total de costos de su bolsillo?**

- **Le ayudaremos a hacerlo.** El informe de **Explicación de beneficios de la Parte D** que le enviamos incluye la cantidad actual de los costos de su bolsillo (vea más detalles sobre este informe en la Sección 3 de este capítulo). Cuando usted alcanza un total de costos de su bolsillo de **\$5,100** en un año, en este informe se indicará que ha pasado de la Etapa de período de intervalo en la cobertura a la Etapa de cobertura para catástrofes.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** En la Sección 3.2, se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

## **SECCIÓN 7. En la Etapa de cobertura catastrófica, pagamos la mayoría de los costos de sus medicamentos\***

### **Sección 7.1 Una vez que llega a la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año\***

Usted califica para avanzar a la Etapa de cobertura para catástrofes cuando los costos de su bolsillo alcanzan el límite de **\$5,100** en un año calendario. Una vez que llega a la Etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en ella durante el resto del año calendario. En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de los medicamentos. Su costo compartido para un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, el que sea más grande:

- coseguro del 5% del costo del medicamento, o
- \$3.40 por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como genérico, y
- \$8.5 por todos los demás medicamentos.

Nosotros pagaremos el resto.

## **SECCIÓN 8. Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compre**

### **Sección 8.1 El plan puede ofrecer coberturas separadas para la propia vacuna de la Parte D y para el costo de la administración de la vacuna**

Cubrimos varios tipos de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede informarse más sobre la cobertura de estas vacunas en el Cuadro de beneficios de la Sección 2.1 del Capítulo 4.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la propia vacuna, que es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la administración de la vacuna. (A veces a esto se le llama "administración" de la vacuna).

### **¿Cuánto debe pagar por una vacuna de la Parte D?**

Lo que debe pagar por una vacuna de la Parte D depende de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (para qué enfermedad es la vacuna).
  - ♦ Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede encontrar más información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, "Cuadro de beneficios" (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted).

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

- ◆ Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas enumeradas en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**.

## 2. Dónde obtiene la vacuna.

### 3. Quién le administra la vacuna.

Lo que debe pagar en el momento en que recibe la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- ◆ A veces, cuando obtiene la vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna. Puede solicitarnos que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos corresponde pagar.
- ◆ En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna o se la administra, solo deberá pagar el porcentaje del costo que le corresponde.

Vea a continuación tres formas comunes de obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde: según su nivel de Ayuda adicional, es responsable de todos los costos asociados con las vacunas (incluso su aplicación) durante la Etapa de deducible y la Etapa de período de intervalo en la cobertura.

#### *Situación 1:*

- Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administra en la farmacia de la red. (Tener esta opción depende del lugar en donde vive. En algunos estados, las farmacias no están autorizadas para administrar vacunas).
  - ◆ Usted deberá pagar en la farmacia el monto del copago por la vacuna y el costo de administración de la vacuna.
  - ◆ Nuestro plan pagará el resto de los costos.

#### *Situación 2:*

- Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.
  - ◆ Al momento de vacunarse debe pagar el costo total de la vacuna y de la administración.
  - ◆ Después puede usar cualquiera de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto ("Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos") para pedirnos que le reembolsemos el costo compartido que nos corresponde.
  - ◆ Le reembolsaremos la cantidad que pagó menos el monto del copago habitual para la vacuna (incluida la administración).

#### *Situación 3:*

- Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y la lleva al consultorio de su médico para su administración.
  - ◆ Usted deberá pagar un copago en la farmacia por la vacuna.
  - ◆ Si su médico le administra la vacuna, usted deberá pagar el costo completo del servicio. Después puede usar alguno de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto para solicitar al plan que le reembolsemos el costo compartido que nos corresponde.
  - ◆ Le reembolsaremos el monto que le cobró el médico por administrarle la vacuna.

**Sección 8.2 Le recomendamos que llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros antes de vacunarse**

Si bien las reglas de cobertura para las vacunas pueden ser complicadas, estamos aquí para ayudarle. Le recomendamos que llame primero a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros siempre que esté planeando recibir una vacuna. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

- Le informaremos sobre qué tipo de cobertura tendrá la vacuna y qué costo compartido deberá pagar.
- También podemos decirle cómo ahorrar dinero si usa los proveedores y las farmacias de la red.
- No obstante, si no puede usar un proveedor y una farmacia de la red, podemos indicarle cómo solicitarnos después que le reembolsemos el costo compartido que nos corresponde pagar.

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

<b>SECCIÓN 1.</b>	<b>Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos.....</b>	<b>153</b>
Sección 1.1	Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago.....	153
<b>SECCIÓN 2.</b>	<b>Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido.....</b>	<b>155</b>
Sección 2.1	Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago.....	155
<b>SECCIÓN 3.</b>	<b>Consideraremos su solicitud de pago y responderemos "sí" o "no".....</b>	<b>156</b>
Sección 3.1	Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar.....	156
Sección 3.2	Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación.....	157
<b>SECCIÓN 4.</b>	<b>Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias.....</b>	<b>157</b>
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos de su bolsillo.....	157

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

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

Nuestra red de proveedores le factura al plan directamente por sus servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que recibió, deberá enviárnosla para que la podamos pagar. Cuando nos envíe la factura, la revisaremos y decidiremos si los servicios están cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos al proveedor directamente.

Si ya ha pagado los servicios o los medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirnos que le reembolsemos el dinero. Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cuando ha pagado más de su costo compartido por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Cuando nos envía una factura que ya ha pagado, la revisaremos y decidiremos si los servicios o los medicamentos deberían cubrirse. Si decidimos que deberían estar cubiertos, le reembolsaremos el dinero por los servicios o medicamentos.

**Vea a continuación ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió:**

#### **Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red**

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que pertenezca o no a nuestra red. Al recibir atención de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, pídale al proveedor que le envíe una factura a nuestro plan.

- Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos que le reembolsemos nuestro porcentaje del costo. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- A veces, es posible que un proveedor le envíe una factura para que pague algo que usted considera que no debe pagar. Envíenos esta factura con los comprobantes de cualquier pago que ya haya hecho.
  - ◆ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
  - ◆ Si usted ya ha pagado más de lo que le correspondía del costo de un servicio, calcularemos cuánto debería pagar y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

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

Los proveedores de la red deben siempre facturarnos directamente a nosotros. Pero a veces cometen un error y le piden que pague una cantidad superior a su costo compartido.

- Usted solo tiene que pagar su monto del costo compartido cuando obtiene los servicios cubiertos a través de nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos separados adicionales, lo que recibe el nombre de "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos que los cargos del proveedor por un servicio e incluso si existe una disputa y no pagamos determinados cargos del proveedor. Para obtener más sobre información sobre la "facturación de saldo", consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Contactaremos con el proveedor directamente y solucionaremos el problema.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado de más, envíenos la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y lo que le correspondía pagar de acuerdo con la cobertura de nuestro plan.

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

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

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

Por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitar un reembolso y las fechas límite para presentar su solicitud. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

### **Cuando surte una receta médica en una farmacia de fuera de la red**

Si va a una farmacia de fuera la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente a nosotros. Si ocurre esto, deberá pagar el costo total de la receta médica. Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenezcan a la red solamente en unas pocas situaciones especiales. Por favor consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para informarse más.

Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia al solicitar que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos correspondería pagar.

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

Si olvida llevar su tarjeta de membresía del plan cuando va a surtir una receta médica, puede pedir a la farmacia que se comuniquen con nosotros o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no logra obtener en ese momento la información de inscripción que necesita, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta médica.

Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia al solicitar que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos correspondería pagar.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente** o esté sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría a usted. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia al solicitar el reembolso. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle el porcentaje del costo que deberíamos pagar por el medicamento.

Cuando nos envía una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si debemos cubrir el servicio o el medicamento. A esto se llama "decisión sobre la cobertura". Si decidimos que debemos cubrirlo, le pagaremos el costo compartido que nos corresponda por el servicio o el medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. Vea información sobre cómo presentar una apelación en el Capítulo 9 de este folleto, "Qué debe hacer si tiene un problema o queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)".

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

### **Sección 2.1 Cómo y dónde debe enviarnos su solicitud de pago**

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Es una buena idea hacer copias de la factura y de los recibos para sus archivos.

Para asegurarse de que nos envíe toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamación para solicitar un reembolso.

- No está obligado a usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información con mayor rapidez.

- Puede descargar una copia del formulario desde nuestro sitio web (**kp.org**) o llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para solicitar una. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos a esta dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Claims Department  
P.O. Box 24010  
Oakland, CA 94623-1010

**Importante:** Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que se haya obtenido en una farmacia de la red, escriba a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Part D Unit  
P.O. Box 23170  
Oakland, CA 94623-0170

Contacte con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

### **SECCIÓN 3. Consideraremos su solicitud de pago y responderemos "sí" o "no"**

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

Una vez que recibimos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. Si no es así, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

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

### **Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos el total o parte de la atención médica o el medicamento, usted puede presentar una apelación**

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

Vea los detalles sobre cómo presentar una apelación en el Capítulo 9 de este folleto, "Qué debe hacer si tiene un problema o queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)". La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, encontrará útil comenzar leyendo la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de las decisiones de cobertura y las apelaciones y le ofrece definiciones de términos tal como "apelación". Después de leer la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 que describe qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para un reembolso del pago por un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para un reembolso del pago por un medicamento, vaya a la Sección 7.5 del Capítulo 9.

## **SECCIÓN 4. Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias**

### **Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los costos de su bolsillo**

Hay ciertas situaciones en las que debe informarnos sobre lo que paga por sus medicamentos. Esto no significa que nos esté solicitando un pago, sino que necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente los costos de su bolsillo. Enviarnos estos datos puede ayudarlo a calificar antes para avanzar a la Etapa de cobertura catastrófica.

**Vea a continuación un ejemplo de una situación en las que debe enviarnos copias de sus recibos e informarnos sobre lo que paga por sus medicamentos:**

#### **Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes que es ofrecido por un fabricante de medicamentos**

- Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia para pacientes, ofrecido por un fabricante de medicamentos y que no se incluye como beneficio de nuestro plan. Si obtiene un medicamento a través de un programa que es ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba hacer un copago al programa de asistencia para pacientes.
  - ♦ Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia para que podamos calcular los costos de su bolsillo que cuentan para calificar para la Etapa de cobertura catastrófica.

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

- ♦ **Por favor tenga en cuenta que:** Cuando obtenga el medicamento a través del programa de asistencia para pacientes y no de los beneficios del plan, no pagaremos ningún porcentaje de los costos de esos medicamentos. Pero, al enviarnos una copia de los recibos, nos permite calcular correctamente los gastos de su bolsillo para medicamentos, y es posible que le ayude a reunir más rápido los requisitos para la Etapa de cobertura para catástrofes.

Esta situación anterior no se considera una decisión sobre la cobertura porque usted no está solicitando un pago. Por lo tanto, si no está de acuerdo con nuestra decisión, no puede presentar una apelación.

## **CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades**

<b>SECCIÓN 1. Debemos respetar sus derechos como miembro de nuestro plan.....</b>	<b>160</b>
Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en CD o en letra grande).....	160
Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, CD, or in large print) .....	160
Sección 1.2 Debemos tratarlo siempre de forma justa y con respeto .....	161
Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos.....	161
Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal.....	162
Sección 1.5 Tenemos la obligación de darle información sobre nuestro plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos .....	163
Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	164
Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos una decisión tomada .....	166
Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos? .....	166
Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	167
Sección 1.10 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología .....	167
Sección 1.11 Puede dar sugerencias sobre los derechos y las responsabilidades.....	167
<b>SECCIÓN 2. Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro de nuestro plan.....</b>	<b>167</b>
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?.....	167

**SECCIÓN 1. Debemos respetar sus derechos como miembro de nuestro plan****Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en CD o en letra grande)**

Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. Este folleto está disponible en español o llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille, CD o letra grande. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener nuestra información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame para presentar una queja a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. En esta **Evidencia de Cobertura** o en esta carta se incluye la información de contacto, o bien puede comunicarse con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información adicional.

**Section 1.1 We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, CD, or in large print)**

To get information from us in a way that works for you, please call our Member Service Contact Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English-speaking members. This booklet is available in Spanish by calling our Member Service Contact Center (phone numbers are on the back cover of this booklet). We can also give you information in Braille, CD, or large print at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call our Member Service Contact Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet) or contact our Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Member Service Contact Center (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this **Evidence of Coverage** or with this mailing, or you may contact our Member Service Contact Center for additional information.

### **Sección 1.2 Debemos tratarlo siempre de forma justa y con respeto**

Nuestro plan está sujeto a leyes que protegen a nuestros miembros contra la discriminación y el trato injusto. No discriminamos a ninguna persona a causa de su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ancestros, idioma, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, por favor llame a la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) al **1-800-368-1019** (línea TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina local de derechos civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene una queja informal, tal como un problema con los accesos para sillas de ruedas, nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros puede ayudarle.

### **Sección 1.3 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica primaria de nuestra red para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos (vea más detalles en el Capítulo 3). Llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para conocer qué médicos aceptan pacientes nuevos (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a acudir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo), un proveedor de servicios de salud mental y un optometrista sin una remisión, así como otros proveedores de atención médica primaria descritos en la Sección 2.2 del Capítulo 3.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de los proveedores de nuestra red en un plazo razonable. Aquí se incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesita. También tiene derecho a surtir o volver a surtir sus recetas médicas en las farmacias de nuestra red sin grandes demoras.

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

Si considera que no está recibiendo la atención médica o los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, la Sección 11 del Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. (Si se le ha denegado cobertura para su atención médica o medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 5 del Capítulo 9 le indica lo que puede hacer).

### **Sección 1.4 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal**

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de su historia clínica y de su información médica personal, y nuestro plan las cumple.

- Su "información médica personal" incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad también le otorgan derechos que le permiten tener acceso a la información y limitar el uso de su información médica. Le hemos entregado un aviso por escrito, llamado "Aviso de Prácticas de Privacidad" donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

#### **¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?**

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.
- En la mayoría de los casos, para compartir su información médica con un tercero que no le proporciona atención ni paga por ella, primero debemos pedirle a usted permiso por escrito. Usted o alguien que designe como su representante legal pueden dar este permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal, en las que no es necesario que le solicitemos previamente permiso por escrito.
  - ◆ Por ejemplo, tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
  - ◆ Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también tenemos el deber de compartir su información médica con Medicare, incluida la relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y estatutos federales.

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

Tiene derecho a ver y obtener una copia de los expedientes médicos que tiene el plan sobre usted. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias. También tiene derecho a solicitarnos que agreguemos datos o corriamos la información que aparece en estos expedientes médicos. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.

Tiene derecho a saber cómo el plan divulga su información médica a terceros para propósitos que no son de rutina.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada del folleto).

### **Sección 1.5 Tenemos la obligación de darle información sobre nuestro plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos**

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a solicitar y recibir distintos tipos de información sobre nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a que le proporcionemos la información de manera que le resulte útil; esto incluye obtener la información en español, Braille, en CD o en letras grandes).

**Si necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto):**

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan, la cantidad de apelaciones que presentan los miembros y el nivel de rendimiento de nuestro plan, incluida la calificación asignada por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - ◆ Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y los métodos de pago que usamos con ellos.
  - ◆ Para ver una lista de los proveedores de nuestra red, consulte su **Directorio de Proveedores**.
  - ◆ Para ver una lista de las farmacias de nuestra red, consulte su **Directorio de Farmacias**.
  - ◆ Si necesita más detalles sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **kp.org/directory**.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.**
  - ◆ En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, se describen los servicios médicos que tienen cobertura para usted, todas las restricciones que se aplican a su cobertura y las reglas que debe cumplir para recibir servicios médicos cubiertos.
  - ◆ Para ver detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la Lista de medicamentos de nuestro plan. Estos capítulos, junto con la Lista de medicamentos, explican qué medicamentos tienen cobertura, las reglas que debe cumplir y las restricciones de cobertura que se aplican a ciertos medicamentos.
  - ◆ Si tiene alguna pregunta sobre estas reglas o las restricciones, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto.**
  - ◆ Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura, o bien se aplica algún tipo de restricción, tiene derecho a solicitarnos una explicación por escrito. Tiene

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

derecho a esta explicación incluso si obtiene el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia de fuera de la red.

- ◆ Si no está conforme o no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué tipos de atención médica o medicamentos de la Parte D tienen cobertura para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión. Puede solicitarnos que cambiemos la decisión realizando una apelación. Vea en el Capítulo 9 de este folleto más información sobre qué hacer si un servicio o artículo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener. Le ofrece detalles sobre cómo realizar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se explica cómo presentar una queja informal sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).
- ◆ Vea en el Capítulo 7 de este folleto cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que ha recibido por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D.

### Sección 1.6 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

#### Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento disponibles y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Cuando obtiene servicios de atención médica, tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle de una manera que usted entienda en qué consiste la afección médica que tiene y las opciones de tratamiento disponibles.

También tiene derecho a participar plenamente 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.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura de nuestro plan. También deben explicarle sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usar sus medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos asociados a su atención. Deben notificarle por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **Tiene derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para atención médica.** Si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted considera que debe recibir, tiene derecho a recibir una explicación al respecto de nuestra parte. Si desea una explicación, debe solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

## Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica

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

- Llenar un formulario por escrito para otorgar a una persona la autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede tomarlas.
- Dar a sus médicos instrucciones escritas sobre qué tipo de atención médica desea que le proporcionen si no puede tomar decisiones por usted mismo.

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones por adelantado se llama "**instrucciones por anticipado**". Existen varios tipos de instrucciones por anticipado y reciben nombres diferentes; dos ejemplos son los documentos llamados "**testamento vital**" y "**poder legal para la atención médica**".

Si desea usar unas "instrucciones por anticipado" para indicar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga un formulario.** Si desea usar unas instrucciones por anticipado, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede llamar a Servicio a los miembros para solicitar los formularios (vea los números de teléfono en la portada de este folleto).
- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que le pida a un abogado que lo ayude a redactarlo.
- **Entregue copias a las personas que corresponda.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona a la que nombre en el formulario para tomar las decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Es posible que también quiera entregar copias a los amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha preparado un documento de instrucciones por anticipado, lleve una copia al hospital.

- Si es admitido en el hospital, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo ha llevado.
- Si no ha firmado el formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado** (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya o no firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

### ¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firma unas instrucciones por anticipado y considera que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja informal ante la Organización para la mejora de la calidad mencionada en la Sección 4 del Capítulo 2.

### **Sección 1.7 Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos una decisión tomada**

Si tiene algún problema o inquietud sobre su atención o servicios cubiertos, el Capítulo 9 de este folleto le indica qué puede hacer. Le ofrece detalles sobre cómo abordar todo tipo de problemas y quejas informales.

Las medidas que debe tomar para solucionar un problema o una inquietud dependen de la situación. Es posible que necesite solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, que tenga que presentar una apelación para cambiar una decisión tomada sobre la cobertura o que precise presentar una queja informal. Independientemente de lo que haga —pedir una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja informal— tenemos la obligación de darle un trato justo.

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas informales que anteriormente han presentado otros miembros ante nuestro plan. Para obtener esta información, por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

### **Sección 1.8 ¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos?**

#### **Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles (*Office for Civil Rights*) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*Department of Health and Human Services*) al **1-800-368-1019** (línea TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina local de derechos civiles.

#### **¿Se trata de otro motivo?**

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program). Vea más detalles sobre esta organización y cómo contactar con ella en la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

### Sección 1.9 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud.** Vea más detalles sobre esta organización y cómo contactar con ella en la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Puede contactar con Medicare:**
  - ♦ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Derechos y Protecciones de Medicare". (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>.)
  - ♦ O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

### Sección 1.10 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención de la salud y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico cuenta con beneficios a largo plazo, nuestro plan monitorea y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios con cobertura. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

### Sección 1.11 Puede dar sugerencias sobre los derechos y las responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para expresar cualquier sugerencia (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).

## SECCIÓN 2. Usted tiene ciertas responsabilidades como miembro de nuestro plan

### Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Vea a continuación las cosas que debe hacer al ser miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Estamos a sus órdenes para ayudarle.

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

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Vea en este folleto de **Evidencia de Cobertura** qué servicios tienen cobertura para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
  - ◆ En los Capítulos 3 y 4 se incluyen detalles sobre los servicios médicos, entre otros, qué tiene y qué no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y cuánto debe pagar.
  - ◆ En los Capítulos 5 y 6 se describe la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o para medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** Por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para notificarnos (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).
  - ◆ Tenemos la obligación de cumplir las reglas que establecen Medicare y Medi-Cal (Medicaid) para asegurarnos de que, cuando reciba servicios cubiertos de nuestro plan, combine correctamente toda la cobertura que tiene disponible. Esto se denomina "coordinación de beneficios" porque se deben coordinar los beneficios médicos y para medicamentos que le ofrecemos con los que recibe a través de otros planes. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más sobre información sobre la "coordinación de beneficios", consulte la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Dígale a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Siempre que reciba atención médica o compre medicamentos recetados de la Parte D, use su tarjeta de membresía del plan.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor; proporcióneles toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
  - ◆ Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a proporcionar la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporcióneles toda la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que acuerda con sus médicos.
  - ◆ Asegúrese de entender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de sus metas de tratamiento de común acuerdo con sus proveedores. Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, vitaminas y suplementos.
  - ◆ Si tiene alguna duda, pregunte. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una forma que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que recibe, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de hacer los siguientes pagos:
  - ◆ Debe pagar las primas del plan para seguir siendo miembro de nuestro plan (consulte la Sección 4.1 del Capítulo 1).
  - ◆ Para poder calificar para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. Para la mayoría de los miembros, Medicaid paga su prima de la Parte A (si no califica automáticamente) y su

prima de la Parte B. Si Medicaid no le paga sus primas de Medicare, debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.

- ◆ Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde, es decir, un copago (cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se explica qué debe pagar para recibir servicios médicos. En el Capítulo 6, se indica cuánto debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
- ◆ Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan o de ningún otro tipo de seguro que pudiera tener, debe pagar el costo total.
- ◆ Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede realizar una apelación. Por favor consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo realizar una apelación.
- ◆ Si se le impone una sanción por inscripción tardía, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos recetados.
- ◆ Si tiene que pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos más altos (según lo informado por su última declaración de impuestos), debe pagar dicho monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Díganos si cambia de domicilio.** Si tiene planeado cambiar de domicilio, es importante que nos lo diga de inmediato. Llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para notificarnos (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).
  - ◆ Si cambia de domicilio fuera de nuestra área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. (Vea más información sobre el área de servicio en el Capítulo 1). Podemos ayudarle a determinar si, al mudarse, saldrá de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, dispondrá de un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si disponemos de un plan en su nueva área.
  - ◆ Si cambia de domicilio sin salir de nuestra área de servicio del plan, llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo contactar con usted.
  - ◆ Si se muda, es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferrovianos). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.** También lo invitamos a compartir con nosotros cualquier sugerencia que pudiera tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
  - ◆ Los números de teléfono y los horarios de atención de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
  - ◆ Por favor vea más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, en el Capítulo 2.

## **CAPÍTULO 9. Qué hacer si usted tiene un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)**

### **Antecedentes**

<b>SECCIÓN 1.</b>	<b>Introducción .....</b>	<b>173</b>
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud .....	173
Sección 1.2	¿Y los términos legales? .....	173
<b>SECCIÓN 2.</b>	<b>Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros.....</b>	<b>174</b>
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada .....	174
<b>SECCIÓN 3.</b>	<b>¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema? .....</b>	<b>175</b>
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso de decisiones sobre beneficios de Medicare o Medicaid)? .....	175

### **Problemas sobre sus beneficios de Medicare**

<b>SECCIÓN 4.</b>	<b>Problemas sobre sus beneficios de Medicare.....</b>	<b>176</b>
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso para decisiones de coberturas y de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas informales? .....	176
<b>SECCIÓN 5.</b>	<b>Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones.....</b>	<b>176</b>
Sección 5.1	Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar apelaciones: <i>panorama general</i> .....	176
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación .....	177
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación? .....	178
<b>SECCIÓN 6.</b>	<b>Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación .....</b>	<b>179</b>
Sección 6.1	En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el porcentaje del costo de su atención que nos corresponde pagar .....	179

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura (cómo pedirnos que autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que usted desea).....	181
Sección 6.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión de nuestro plan sobre la cobertura para atención médica).....	184
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de nivel 2 .....	187
Sección 6.5	¿Qué sucede si recibe una factura por atención médica y nos solicita que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos corresponde? .....	189
<b>SECCIÓN 7.</b>	<b>Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación.....</b>	<b>190</b>
Sección 7.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D, o si desea que le enviemos un reembolso por un medicamento de la Parte D .....	190
Sección 7.2	¿Qué es una excepción? .....	192
Sección 7.3	Cosas importantes que debe saber para solicitar excepciones .....	193
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción .....	193
Sección 7.5	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión del plan sobre la cobertura).....	197
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2 .....	199
<b>SECCIÓN 8.</b>	<b>Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo .....</b>	<b>201</b>
Sección 8.1	Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos .....	202
Sección 8.2	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.....	203
Sección 8.3	Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.....	206
Sección 8.4	¿Qué sucede si no presenta una Apelación de nivel 1 en el plazo indicado? .....	207

<b>SECCIÓN 9. Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.....</b>	<b>210</b>
Sección 9.1 <i>Esta sección describe solo tres tipos de servicios: Atención de salud a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).....</i>	210
Sección 9.2 Le comunicaremos con anticipación cuándo vencerá su cobertura .....	210
Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 para que el plan cubra su atención durante más tiempo .....	211
Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención durante más tiempo .....	213
Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de nivel 1 en el plazo indicado? .....	215
<b>SECCIÓN 10. Cómo presentar una Apelación de nivel 3 y superior.....</b>	<b>217</b>
Sección 10.1 Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para apelaciones sobre servicios médicos .....	217
Sección 10.2 Apelaciones de niveles 3, 4 y 5, y apelaciones para medicamentos de la Parte D .....	219

## Cómo presentar quejas informales

<b>SECCIÓN 11. Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas .....</b>	<b>220</b>
Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan con el proceso de quejas informales? .....	221
Sección 11.2 El nombre del trámite para "hacer una queja informal" es "interponer una queja" .....	222
Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja informal .....	222
Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad.....	224
Sección 11.5 También puede comunicarle su queja informal a Medicare .....	224
<b>Sección 12. Cómo manejar problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid).....</b>	<b>225</b>

## Antecedentes

### SECCIÓN 1. Introducción

#### Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican los procesos para solucionar problemas e inquietudes. El proceso que usa para manejar sus problemas dependerá de dos temas:

1. Si su problema es sobre los beneficios cubiertos por **Medicare** o **Medicaid**. Si le gustaría recibir ayuda sobre cómo decidir si usar el proceso de Medicare o de Medicaid, o ambos, comuníquese con el Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada del folleto).
2. La clase de problema que tiene.
  - Para ciertos problemas, debe usar el proceso de toma de decisiones sobre la cobertura y de apelaciones.
  - En otros casos, debe usar el proceso de presentación de quejas informales.

Estos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar un trato justo y oportuno de su problema, cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a usted como a nosotros.

#### ¿Cuál debe usar?

La guía que aparece en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto.

#### Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

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

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

Sin embargo, a veces puede ser útil —e importante— conocer el término legal correcto aplicable a su situación. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más clara y exacta, y a obtener la ayuda y la información adecuadas que necesita para su caso en

particular. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar aquí los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido los términos legales correspondientes.

## **SECCIÓN 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros**

### **Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada**

A veces, puede resultar difícil iniciar y llevar adelante un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel de energía limitado. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga el conocimiento necesario para seguir adelante.

#### **Solicite ayuda a una organización independiente del gobierno**

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Para esto siempre puede llamar al **Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (*State Health Insurance Assistance Program, SHIP*)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados, y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud son gratuitos. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

#### **También puede solicitar ayuda e información a Medicare**

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, puede contactar con Medicare. Hay dos formas para obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

#### **Puede obtener ayuda e información de Medicaid**

Para obtener más información y ayuda para manejar un problema, puede comunicarse asimismo con Medi-Cal (el programa de Medicaid de California).

Hay dos formas de obtener información directamente de Medicaid:

- Puede llamar al **1-800-952-5253**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-952-8349**.
- Puede visitar el sitio web del Departamento de Servicios Sociales ([cdss.ca.gov](http://cdss.ca.gov)).

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

#### **Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones sobre beneficios de Medicare o Medicaid)?**

Como recibe Medicare y obtiene asistencia de Medicaid, tiene disponibles distintos procesos que puede usar para manejar su problema o queja. Qué proceso usar dependerá de si el problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debe usar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, deberá usar el proceso de Medicaid. Si necesita recibir ayuda para decidirse por qué proceso usar, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicios a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada del folleto).

Los procesos de Medicare y de Medicaid se describen en distintas partes de este capítulo. Para averiguar qué parte debe leer, use el cuadro a continuación:

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

#### **¿Su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid?**

(Si desea obtener ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o de Medicaid, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada del folleto).

- **Mi problema es sobre beneficios de Medicare:**

Vaya a la próxima sección de este capítulo, la sección 4, sobre "Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicare".

- **Mi problema es sobre la cobertura de Medicaid:**

Vaya a la sección 12 de este capítulo, sobre "Cómo manejar los problemas sobre sus beneficios de Medicaid".

### **Problemas sobre sus beneficios de Medicare**

## SECCIÓN 4. Problemas sobre sus beneficios de Medicare

### Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso para decisiones de coberturas y de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas informales?

Si tiene un problema o inquietud, solo debe leer las partes de este capítulo que se corresponden con su situación. El cuadro que aparece a continuación lo ayudará a encontrar la sección correcta de este capítulo sobre los problemas o quejas acerca de los beneficios cubiertos por Medicare.

Para saber qué parte de este capítulo lo ayudará con su problema o inquietud sobre sus beneficios de Medicare, use este cuadro.

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

(Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica o medicamento recetado en particular tienen cobertura o no, el tipo de cobertura que tienen y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos recetados).

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

Vaya a la siguiente sección de este capítulo, **Sección 5: "Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones"**.

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

Vaya a la **Sección 11 al final de este capítulo: "Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas"**.

## Decisiones sobre la cobertura y apelaciones

### SECCIÓN 5. Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones

#### Sección 5.1 Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar apelaciones: *panorama general*

El proceso para preguntar sobre decisiones sobre la cobertura y las apelaciones se usa para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

#### Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura

Una decisión sobre la cobertura es cuando tomamos una decisión sobre los beneficios y la cobertura, o sobre cuánto pagará el plan por los servicios médicos y los medicamentos que usted

usa. Hacemos decisiones sobre cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión sobre la cobertura (favorable) para usted siempre que usted recibe atención médica de él o ella o si le remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden contactar con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.

En algunos casos podemos decidir que un servicio o medicamento no tiene cobertura, o bien Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

### **Cómo presentar una apelación**

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y usted no está de acuerdo, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una vía formal para pedirnos que reconsideremos y cambiemos una decisión que hemos tomado sobre la cobertura.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se llama Apelación de nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión sobre la cobertura tomada para analizar si se siguieron todas las reglas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable evaluarán su apelación. Al finalizar la revisión, le informaremos nuestra decisión. Bajo determinadas circunstancias, que comentaremos más tarde, puede solicitar una "decisión rápida sobre la cobertura" o acelerada o una apelación rápida de una decisión sobre la cobertura.

Si decimos que *no* a parte o a la totalidad de su Apelación de nivel 1, puede presentar una Apelación de nivel 2, que estará a cargo de una organización independiente sin relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de nivel 2. Le informaremos si esto sucede. En otras situaciones, deberá solicitar una Apelación de nivel 2). Si no está de acuerdo con la decisión de la Apelación de nivel 2, puede continuar presentando otros niveles de apelaciones.

## **Sección 5.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación**

¿Necesita ayuda? Si desea solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- **Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente que no tiene relación con nuestro plan, **contacte con su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico** (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**

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

- ◆ Respecto a la atención médica, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de nivel 1 por usted. Si su apelación es denegada en el nivel 1, pasará automáticamente al nivel 2. Para presentar apelaciones más allá del nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
- ◆ Respecto a los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que receta medicamentos puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de nivel 1 o nivel 2 por usted. Para presentar apelaciones más allá del nivel 2, su médico u otro profesional que receta medicamentos debe ser designado como su representante.
- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su "representante" para que solicite una decisión sobre la cobertura o que presente una apelación.
  - ◆ Es posible que, de acuerdo con las leyes estatales, ya haya una persona con la autoridad legal para actuar en su nombre.
  - ◆ Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, o bien otra persona sea su representante, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "Designación de un representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en [kp.org](http://kp.org).) El formulario autoriza a la persona designada a actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede contactar con su propio abogado o bien obtener el nombre de uno a través del colegio local de abogados o de otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, si desea solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, no es obligatorio contratar a un abogado.

### **Sección 5.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación?**

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que se relacionan con decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- Sección 6 de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación".
- Sección 7 de este capítulo: "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación".
- Sección 8 de este capítulo: "Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo".
- Sección 9 de este capítulo: "Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto" (se aplica solo

a estos servicios: atención de salud domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes externos [*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF*]).

Si aún no está seguro de qué sección debe consultar, por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener información a través de organizaciones del gobierno, tales como el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (vea los números de teléfono de este programa en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto).

## **SECCIÓN 6. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación**



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo ("Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones")? De no ser así, le recomendamos que lo haga antes de comenzar con esta sección.

### **Sección 6.1 En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos el porcentaje del costo de su atención que nos corresponde pagar**

En esta sección se describen sus beneficios para servicios y atención médica, que son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted)". Para simplificar las cosas, en el resto de esta sección, en general, usamos los términos "cobertura de atención médica" o "atención médica" para no repetir continuamente "servicios o tratamientos o atención médica".

Esta sección explica qué puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe un tipo en particular de atención médica que desea y cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.
2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor médico desean proporcionarle y usted cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.
3. Ha recibido servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura de nuestro plan, pero nos hemos negado a pagar por ellos.
4. Ha recibido y pagado servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura de nuestro plan y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esta atención.

5. Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y usted considera que esta reducción o cancelación puede afectar su salud.

**Nota:** Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención de salud domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o para los servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes externos (*Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility*, CORF), debe consultar una sección aparte de este capítulo porque estos tipos de atención están sujetos a reglas especiales. En esas situaciones debe consultar:

- **Capítulo 9, Sección 8:** "Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo".
- **Capítulo 9, Sección 9:** "Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo". Esta sección trata solo de tres servicios: atención de salud domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes externos.

En el resto de las situaciones en las que se le informa que dejará de recibir atención médica que estaba recibiendo, consulte esta sección (Sección 6) para saber qué debe hacer.

### ¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos los servicios o la atención médica que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, <b>Sección 6.2</b> .
¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma que desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 6.3</b> de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por servicios o atención médica que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la <b>Sección 6.5</b> de este capítulo.

**Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura**  
(cómo pedirnos que autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que usted desea).

**Términos legales**

Cuando la decisión sobre la cobertura está relacionada con la atención médica, se llama "**determinación de la organización**".

**Paso 1: Nos pide que tomemos una decisión sobre la cobertura para la atención médica que solicita.** Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos que tomemos una "decisión rápida sobre la cobertura".

**Términos legales**

Una "decisión rápida sobre la cobertura" se llama "**determinación acelerada**".

*Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea.*

- El primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para ver más información sobre cómo contactar con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección "Cómo contactar con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación o queja informal sobre su atención médica".

*Por lo general, usamos un plazo estándar para tomar la decisión.*

Usaremos un plazo "estándar" para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo "rápido". **Una decisión sobre la cobertura estándar significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos su solicitud.**

- Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más si solicita más tiempo o si necesitamos obtener información (tales como los expedientes médicos de proveedores de fuera de la red) que pudiesen beneficiarlo. Si decidimos utilizar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja informal rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Si presenta una queja informal rápida, responderemos a su queja informal en un plazo de 24 horas. (El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales, incluidas las quejas informales rápidas, en la Sección 11 de este capítulo).

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

*Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "decisión rápida sobre la cobertura".*

- **Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.**
  - ◆ Sin embargo, podemos tardar hasta 14 días calendario más si notamos que falta información que pudiese beneficiarlo (tales como expedientes médicos de proveedores de fuera de la red) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos usar más días, se lo informaremos por escrito.
  - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja informal rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales, incluidas las quejas informales rápidas, en la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  - ◆ Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura solo si solicita cobertura para atención médica que aún no recibió. (No puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura si la solicitud es para el pago de atención médica que ya ha recibido).
  - ◆ Puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura solo si se considera que esperar el plazo estándar puede perjudicar su salud o su capacidad para desempeñarse.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión rápida sobre la cobertura", aceptaremos automáticamente proporcionársela.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.**
  - ◆ Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo estándar).
  - ◆ En la carta también le indicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
  - ◆ Y le explicaremos además cómo presentar una "queja informal rápida" para cambiar nuestra decisión de usar una decisión sobre la cobertura estándar en lugar de la rápida que usted solicita (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales, incluidas las quejas informales rápidas, en la Sección 11 de este capítulo).

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

*Plazo para una "decisión rápida sobre la cobertura"*

- Por lo general, una decisión rápida sobre la cobertura, significa que le responderemos **en 72 horas.**

- ◆ Como se ha explicado antes, en ciertas circunstancias **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más**. Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo informaremos por escrito.
- ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja informal rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja informal rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales, incluidas las quejas informales rápidas, en la Sección 11 de este capítulo).
- ◆ Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o si usamos un período ampliado, al final de este), usted tiene derecho a presentar una apelación. Vea cómo presentar una apelación en la Sección 6.3 a continuación.
- **Si respondemos que *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura para la atención médica aprobada en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la solicitud. Si usamos un período ampliado para tomar la decisión sobre la cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período ampliado.
- **Si respondemos que *no* a parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo de nuestra decisión.

#### *Plazo para una "decisión sobre la cobertura estándar"*

- Por lo general, una decisión sobre la cobertura estándar implica que le responderemos **en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos la solicitud**.
  - ◆ En ciertas circunstancias, podremos tardar hasta 14 días calendario más ("un período ampliado"). Si determinamos que necesitaremos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo informaremos por escrito.
  - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja informal rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja informal rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales, incluidas las quejas informales rápidas, en la Sección 11 de este capítulo).
  - ◆ Si no le respondemos en un plazo de 14 días calendario (o si usamos un período ampliado, al final de este), tiene derecho a presentar una apelación. Vea cómo presentar una apelación en la Sección 6.3 a continuación.
- Si respondemos que *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos la solicitud. Si usamos un período ampliado para tomar la decisión sobre la cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese período ampliado.
- Si respondemos que *no* a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una nota por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

**Paso 3: Si le respondemos que *no* cubriremos la atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.**

- Si decimos *no*, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión y que quizás la cambiemos. Una apelación es otro intento de obtener la cobertura que desea para la atención médica.
- Si desea presentar una apelación, significa que usará el nivel 1 del proceso de apelación (vea la Sección 6.3 a continuación).

**Sección 6.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión de nuestro plan sobre la cobertura para atención médica)**

**Términos legales**

Una apelación presentada ante el plan para cambiar una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama una "**reconsideración**".

**Paso 1: Contacte con nosotros y presente su apelación. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación rápida".**

*Qué debe hacer:*

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe contactar con nosotros.** Para ver detalles sobre cómo contactar con nosotros para cualquier tema relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación o queja informal sobre su atención médica".
- **Si solicita una apelación estándar, presente una solicitud por escrito.**
  - ♦ Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de "Designación de un representante" que autorice a esta persona a representarle. Para conseguir el formulario, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario de "Designación de un representante". También está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en [kp.org](http://kp.org). Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario en 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se rechazará. Si sucede esto, le enviaremos un aviso por escrito que explique su derecho a pedir a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión.
- **Si solicita una apelación rápida, debe presentar su apelación por escrito o puede llamarnos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, "Cómo contactar

con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación o una queja informal sobre su atención médica".

- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la notificación por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Si no puede presentar la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - ♦ Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
  - ♦ Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden enviárnosla.

*Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "apelación rápida" (puede hacerlo por teléfono).*

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una "apelación rápida" también se llama " <b>reconsideración acelerada</b> ".
---

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos y los procedimientos para presentar una "apelación rápida" son los mismos que para una "decisión rápida sobre la cobertura". Para solicitar una apelación rápida, siga las instrucciones que usa para pedir una decisión rápida sobre la cobertura. (Las instrucciones aparecen más arriba en esta sección).
- Le proporcionaremos una "apelación rápida" si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

## **Paso 2: Evaluamos su apelación y le respondemos.**

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura de atención médica. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando dijimos **no** a su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que contactemos con usted o con su médico.

### *Plazo para una "apelación rápida"*

- Si presenta una apelación rápida, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** desde el momento en que la recibimos. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.

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

- ◆ Sin embargo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si decidimos utilizar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- ◆ Si no le respondemos en 72 horas (o al final del período ampliado si tomáramos más días), tenemos la obligación de elevar automáticamente su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización y se explica qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **Si respondemos sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la apelación.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud**, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2.

#### *Plazo para una "apelación estándar"*

- Si presenta una apelación estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 30 días calendario** desde el momento en que la recibimos, si la apelación es para la cobertura de un servicio que aún no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su trastorno de salud.
  - ◆ Sin embargo, **podemos tardar hasta 14 días calendario más** si usted solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si decidimos utilizar días adicionales para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
  - ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja informal rápida" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presente una queja informal rápida, le responderemos en un plazo de 24 horas. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales, incluidas las quejas informales rápidas, en la Sección 11 de este capítulo).
  - ◆ Si no le damos una respuesta en el plazo indicado arriba (o al final del período ampliado si necesitamos más días), debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que *no* a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de nivel 2.

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

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando dijimos *no* a su apelación, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso, es decir el nivel 2.

**Sección 6.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de nivel 2**

Si respondemos que *no* a su Apelación de nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión que tomamos de rechazar la primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

**Términos legales**

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**", o "*Independent Review Entity, IRE*".

**Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación.**

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso" y usted tiene derecho a solicitarnos una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a esta Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarlo con su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

*Si presentó una "apelación rápida" en el nivel 1 del proceso, también tendrá una "apelación rápida" en el nivel 2.*

- Si presentó una apelación rápida a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación rápida en el nivel 2. La organización de revisión debe responder a su Apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas desde el momento en que la haya recibido.**
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta 14 días calendario más si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

*Si presentó una "apelación estándar" en el nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el nivel 2.*

- Si presentó una apelación estándar a nuestro plan en el nivel 1, recibirá automáticamente una apelación estándar en el nivel 2. La organización de revisión debe responder a su Apelación de nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que la haya recibido.
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta 14 días calendario más si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

### **Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.**

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos.

- Si la organización de revisión responde que *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibimos la respuesta de la organización de revisión para solicitudes estándar o en un plazo de 72 horas desde la fecha en que recibamos la respuesta de la organización de revisión para solicitudes aceleradas.
- Si esta organización dice que *no* a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama "respaldar la decisión", o "denegar la apelación").
  - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente "respalda la decisión", tiene derecho a una Apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación en el nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica que usted solicita debe cumplir con una cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del nivel 2 es final. La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo averiguar el valor en dólares necesario para continuar el proceso de apelaciones.

### **Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el 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 se rechaza su Apelación de nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la Apelación de nivel 2.
- La Apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

### **Sección 6.5 ¿Qué sucede si recibe una factura por atención médica y nos solicita que le reembolsemos el porcentaje del costo que nos corresponde?**

Si desea solicitarnos que paguemos un servicio de atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: "Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos". En el Capítulo 7 se describen situaciones en las que es posible que deba solicitar al plan un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

#### **Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura**

Al enviarnos la documentación para solicitarnos un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (vea más información sobre estas decisiones en la Sección 5.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión sobre la cobertura, primero determinaremos si la atención médica por la que usted pagó era un servicio cubierto; vea el Capítulo 4: "Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted)". También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica (estas reglas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: "Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener servicios médicos").

#### **Le responderemos *sí* o *no* a su solicitud**

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestro porcentaje del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario desde el momento que recibamos su solicitud. O bien, si aún no pagó los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor (Enviar el pago es lo mismo que responder que *sí* a su solicitud de una decisión sobre la cobertura).
- Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió con todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos los servicios y los motivos con detalle. (Cuando rechazamos su solicitud de pago es lo mismo que responder que no a su solicitud de una decisión sobre la cobertura).

#### **¿Qué sucede si usted nos solicita un pago y le decimos que no?**

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Esto significa que nos estará pidiendo que cambiemos la decisión de rechazar su solicitud de cobertura.

Para presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones que se describen en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, por favor tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos la apelación (Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación rápida).

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

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que *sí* a su apelación en cualquiera de los niveles posteriores al nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

## **SECCIÓN 7. Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación**



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo ("Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones")? De no ser así, le recomendamos que lo haga antes de comenzar con esta sección.

### **Sección 7.1 En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D, o si desea que le enviemos un reembolso por un medicamento de la Parte D**

Entre sus beneficios como miembro de nuestro plan, se incluye la cobertura para muchos medicamentos recetados. Por favor consulte nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos o bien está respaldado por ciertos libros de referencia. Vea más información sobre una indicación aceptada desde el punto de vista médico en la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** Para evitar confusiones, en lugar de repetir las frases "medicamento recetado cubierto para pacientes externos" o "medicamento de la Parte D", usaremos solo el término "medicamento".
- Para ver más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**, las reglas y las restricciones para la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 ("Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D") y el Capítulo 6 ("Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D").

### **Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D**

Como se explica en la Sección 5 de este capítulo, una decisión sobre la cobertura es una determinación sobre los beneficios y la cobertura que usted recibe como miembro o la cantidad que nosotros pagamos por los medicamentos.

**Términos legales**

Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama "**determinación sobre la cobertura**".

Vea a continuación ejemplos de decisiones sobre la cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, incluido:
  - ♦ Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**.
  - ♦ Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite para la cantidad que puede recibir de un medicamento).
- Nos pregunta si su cobertura incluye un determinado medicamento y si usted cumple con los requisitos para la cobertura. Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente**, pero requerimos que primero obtenga nuestra aprobación antes de ofrecerle cobertura.
  - ♦ **Por favor tenga en cuenta que:** Si su farmacia le informa que sus recetas no pueden surtirse como están escritas, recibirá una notificación por escrito que le explique cómo contactar con nosotros para pedirnos una decisión sobre la cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es una decisión sobre la cobertura para un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión del plan sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación. Use el siguiente cuadro como ayuda para determinar en qué parte se incluye la información que necesita:

### ¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

<b>Si está en esta situación:</b>	<b>Esto es lo que puede hacer:</b>
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o necesita que hagamos una exención a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la <b>Sección 7.2</b> de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y cree que cumple las reglas o restricciones del plan (tal como obtener la aprobación por adelantado) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
¿Desea solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y por el	Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión sobre la cobertura).

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

que ya pagó?	Vaya a la <b>Sección 7.4</b> de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la <b>Sección 7.5</b> de este capítulo.

## Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una **"excepción"**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura y como sucede con otros tipos de decisiones sobre la cobertura, si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una apelación.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que receta medicamentos deben explicar los motivos médicos. Evaluaremos su solicitud. Vea a continuación dos ejemplos de excepciones que pueden solicitar usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos:

### 1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2019.

(Lo llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

#### Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en la Lista de medicamentos a veces se llama pedir una **"excepción a la lista"**.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica para todos nuestros medicamentos (medicamentos de marca no preferidos). No puede solicitar una excepción para no hacer el copago o pagar el coseguro que le corresponde para recibir el medicamento.
- 2. **Eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente** (vea más información en la Sección 4 del Capítulo 5).

#### Términos legales

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una **"excepción a la lista"**.

- Entre las reglas y restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos se incluyen:
  - ♦ Requerir que se use la versión genérica en vez un medicamento de marca.

- ♦ Obtener la **aprobación del plan por adelantado** antes de que aceptemos cubrir un medicamento (Esto a veces se llama "autorización previa").

### **Sección 7.3 Cosas importantes que debe saber para solicitar excepciones**

#### **Su médico debe informarnos los motivos médicos**

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

Habitualmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento que puede usarse para tratar una determinada afección. Estas diferentes opciones se llaman medicamentos "**alternativos**". En general, si se establece que un medicamento alternativo tiene la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y que además no provoca otros efectos secundarios o problemas de salud, no aprobaremos su solicitud de una excepción.

#### **Le responderemos *sí* o *no* a su solicitud**

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general, tendrá validez hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si respondemos que **no** a su solicitud de una excepción, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Vea más información sobre cómo presentar una apelación si decimos que no en la Sección 7.5.

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

### **Sección 7.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción**

**Paso 1: Pida al plan que tome una decisión sobre la cobertura para un medicamento o un pago que necesite.** Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una "decisión rápida sobre la cobertura". No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.

*Qué debe hacer:*

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax al plan para hacer su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que receta medicamentos) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura a través de nuestro sitio web. Para ver más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección "Cómo contactar con nosotros cuando solicita una

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

decisión sobre la cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D". O bien, si solicita un reembolso para un medicamento, vaya a la sección llamada "Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos el porcentaje que nos corresponde por la atención médica o un medicamento que usted ha recibido".

- **Usted, su médico o su representante** pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. En la Sección 5 de este capítulo, se explica cómo puede designar a una persona como su representante a través de un permiso por escrito. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- **Si desea solicitarle a nuestro plan un reembolso por un medicamento**, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: "Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos". En el Capítulo 7, se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso. También se explica cómo debe enviarnos la documentación para solicitar que le reembolsemos el porcentaje que nos corresponde del costo de un medicamento que ya ha pagado.
- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la "declaración de respaldo"**. Su médico u otro profesional que receta medicamentos deben indicarnos los motivos médicos para solicitar la excepción. (Lo llamamos "declaración de respaldo"). Su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O el médico u otro profesional que recete medicamentos también pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo. Vea más información sobre cómo solicitar excepciones en las Secciones 7.2 y 7.3.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de la cobertura del modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

*Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "decisión rápida sobre la cobertura".*

Términos legales
------------------

Una "decisión rápida sobre la cobertura" se llama " <b>determinación de cobertura acelerada</b> ".
--

- Usaremos un plazo "estándar" para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo "rápido". Una decisión estándar sobre la cobertura significa que le responderemos **en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico**. Una decisión rápida sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico.
- **Para obtener una decisión rápida sobre la cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
  - ◆ Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura solo si la solicita para un medicamento que aún no haya recibido. (No puede pedir una decisión rápida sobre la cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).

- ◆ Puede solicitar una decisión rápida sobre la cobertura solo si se considera que esperar el plazo estándar puede perjudicar su salud o su capacidad para desempeñarse.
- **Si su médico u otro profesional que receta medicamentos nos informa que, debido a su problema médico, se necesita una "decisión rápida sobre la cobertura"**, se la proporcionaremos automáticamente.
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta** (sin el respaldo de su médico u otro profesional que recete medicamentos), nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.
  - ◆ Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión rápida sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo estándar).
  - ◆ En la carta también le indicaremos que si su médico u otro profesional que recete medicamentos solicitan una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
  - ◆ Y le explicaremos además cómo presentar una queja informal para cambiar nuestra decisión de usar una decisión estándar sobre la cobertura en lugar de la rápida que usted solicita. En ella se describe cómo presentar una "queja informal rápida" para que le demos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibirla. (El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Vea más información sobre el proceso para presentar quejas informales en la Sección 11 de este capítulo).

## **Paso 2: Evaluamos su solicitud y le respondemos.**

### *Plazo para una "decisión rápida sobre la cobertura"*

- Si presenta una apelación rápida, debemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - ◆ Por lo general, esto significa un plazo de 24 horas desde el momento en que recibimos la solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibimos la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - ◆ Si no le damos una respuesta en este plazo, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se lo negamos y cómo apelar nuestra decisión.

*Plazos para una "decisión estándar sobre la cobertura" de un medicamento de la Parte D que todavía no haya recibido*

- Si presenta una apelación estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas**.
  - ♦ Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
  - ♦ Si no cumplimos con este plazo, estaremos obligados a elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
  - ♦ Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos ofrecer la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se lo negamos y cómo apelar nuestra decisión.

*Plazo para una "decisión estándar sobre la cobertura" del pago de un medicamento que ya ha comprado*

- Debemos darle nuestra respuesta **en el plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - ♦ Si no cumplimos con este plazo, estaremos obligados a elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, informamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se lo negamos y cómo apelar nuestra decisión.

**Paso 3: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación.**

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos —e incluso cambiemos— nuestra decisión.

**Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión del plan sobre la cobertura)**

**Términos legales**

Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura para un medicamento de la Parte D se llama una "redeterminación" del plan.

**Paso 1: Usted contacta con nosotros y presenta una Apelación de nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación rápida".**

*Qué debe hacer:*

- **Para iniciar la apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta medicamentos) debe contactar con nosotros.**
  - ◆ Para ver los detalles sobre cómo contactar con nosotros por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web para cualquier tema relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada "Cómo contactar con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D".
- **Presente una solicitud por escrito si solicita una apelación estándar.** También puede solicitar una apelación estándar si nos llama al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, "Cómo comunicarse con nosotros cuando realiza una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D".
- **Si solicita una apelación rápida, debe presentar su apelación por escrito o puede llamarnos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, "Cómo contactar con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos recetados la Parte D".
- Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la notificación por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Si no puede presentar la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió ponerse en contacto con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más datos.**
  - ◆ Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
  - ◆ Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos pueden enviárnosla.

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

*Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "apelación rápida"*

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Una "decisión rápida" también se llama " <b>reconsideración acelerada</b> ".
--

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una "apelación rápida".
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que los que se necesitan para una "decisión rápida sobre la cobertura" y se describen en la Sección 7.4 de este capítulo.

### **Paso 2: Evaluamos su apelación y le respondemos.**

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando dijimos **no** a su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos si necesitamos más información.

#### *Plazos para una "apelación rápida"*

- Si presenta una apelación rápida, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas desde el momento en que la recibimos**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su problema médico.
  - ♦ Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si **respondemos sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la apelación.
- Si **respondemos que no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que **no** y cómo apelar nuestra decisión.

#### *Plazos para una "apelación estándar"*

- Si presenta una apelación estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario desde el momento en que la recibimos para un medicamento que no ha recibido todavía**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y es necesario debido a su afección médica. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación rápida".
- Si no le damos una respuesta en siete días calendario, debemos elevar su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente.

Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
  - ♦ Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo a su problema médico, pero antes de que transcurran siete días calendario desde el momento en que recibimos la apelación.
  - ♦ Si aprobamos su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que recibimos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué se la negamos y cómo apelar nuestra decisión.
- Si está solicitando que le devolvamos el importe de un medicamento que ya ha comprado, debemos darle una respuesta **en los 14 días calendario siguientes** a recibir su solicitud.
  - ♦ Si no recibe una respuesta en los siguientes 14 días calendario, debemos enviarle su solicitud al nivel 2 del proceso de apelaciones, en donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección, encontrará información sobre esta organización de revisión y explicaremos lo que sucede en la Apelación del nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a parte o a todo lo que ha solicitado**, también deberemos realizarle el pago en los 30 días calendario siguientes a haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o a todo lo que ha solicitado**, le enviaremos un informe por escrito que explique por qué nos hemos negado. También le indicaremos cómo apelar.

**Paso 3: Si el plan responde que *no* a su apelación, usted tiene derecho a continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.**

- Si el plan responde que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación significa que usará el nivel 2 del proceso de apelación (a continuación).

**Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de nivel 2**

Si el plan responde que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación. Si decide pasar a una Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando dijimos que **no** a su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

**Términos legales**

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "**Entidad de Revisión Independiente**". A veces se la llama "**IRE**".

**Paso 1: Para presentar una Apelación de nivel 2, usted (o su representante o su médico o el profesional que receta medicamentos) debe ponerse en contacto con la Organización de Revisión Independiente y solicitar que revisen su caso.**

- Si respondemos que **no** a su Apelación de nivel 1, le enviaremos un aviso por escrito que incluirá instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. Allí se explicará quiénes pueden presentar esta Apelación de nivel 2, qué plazos deben cumplir y cómo pueden comunicarse con la organización de revisión.
- Si presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso" y usted tiene derecho a solicitarnos una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a esta Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarlo con su apelación.

**Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación y le da una respuesta.**

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Se trata de una compañía que escoge Medicare para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos.

*Plazos para una "apelación rápida" de nivel 2*

- Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación rápida".
- Si la organización de revisión la acepta, debe darle una respuesta a su Apelación de nivel 2 **en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibe su solicitud de apelación.**
- Si la Organización de Revisión Independiente responde que sí a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibimos la respuesta de la organización.

*Plazo para una "apelación estándar" de nivel 2*

- Si presenta una apelación estándar de nivel 2, la organización de revisión debe darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario desde el momento en que la recibe** si es para un medicamento que todavía no ha recibido. Si está solicitando que le devolvamos un importe por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión deberá darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 dentro de los 14 días corridos de haber recibido su solicitud.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:

- ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la respuesta de la organización.
- ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que recibimos la respuesta de la organización.

### **¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no a su apelación?**

Si esta organización responde que *no* a su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión original del plan de no aprobar su solicitud (Esto se llama "respaldar la decisión", o "denegar la apelación").

Si la Organización de Revisión Independiente "respalda la decisión", tiene derecho a una Apelación de nivel 3. Sin embargo, para presentar una nueva Apelación de nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que solicita debe cumplir con una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del nivel 2 es final. La notificación que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará cuál es el valor en dólares en disputa necesario para continuar el proceso de apelaciones.

### **Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.**

- Después del nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelación (un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si lo hace, vea las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## **SECCIÓN 8. Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo**

Si usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para atención hospitalaria, incluida cualquier limitación a la cobertura, vea el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted)".

Durante su hospitalización con cobertura, colaborará con su médico y el personal del hospital para prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos también se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted abandona el hospital se llama "**fecha del alta**".
- Una vez que se fija la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se lo hará saber.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud. En esta sección, se explica cómo presentar esta solicitud.

### **Sección 8.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos**

Durante su hospitalización con cobertura, recibirá una notificación por escrito llamada **Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos** (*An Important Message from Medicare about Your Rights*). Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son admitidas en un hospital. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador de casos o una enfermera) debe entregársela dentro de los dos días desde su admisión. Si no recibe la notificación pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

- **Lea cuidadosamente este aviso** y pregunte si no entiende algo. En él se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
  - ♦ Su derecho a recibir servicios con cobertura de Medicare durante su hospitalización y después de ella, según las indicaciones del médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los paga y dónde puede recibirlos.
  - ♦ Su derecho a participar en las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién cubrirá los costos.
  - ♦ Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención en el hospital.
  - ♦ Derecho a apelar la decisión de darle el alta si cree que se la están dando antes de tiempo.

#### **Términos legales**

En el aviso por escrito de Medicare, se explica cómo puede "**solicitar una revisión inmediata**". Este proceso es una vía formal y legal para solicitar que se extienda su fecha de alta hospitalaria para que la atención hospitalaria tenga cobertura durante más tiempo. (En la Sección 8.2 a continuación, se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata.)

- **Debe firmar el aviso por escrito** para mostrar que lo ha recibido y que entiende sus derechos.

- ◆ Usted o una persona que actúe como su representante deben firmar este aviso. (En la Sección 5 de este capítulo, se explica cómo puede designar a una persona como su representante a través de un permiso por escrito).
- ◆ Al firmar el aviso, usted **solo** acepta que ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no incluye la fecha del alta (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el aviso no significa que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia del aviso firmado** para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
  - ◆ Si firma el aviso más de dos días antes de dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
  - ◆ Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede verla en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

## Sección 8.2 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes, asegúrese de entenderlos y de cumplir con todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program), una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

**En una Apelación de nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization) revisa su apelación.** Esta entidad comprueba si la fecha de alta hospitalaria programada es apropiada para usted desde el punto de vista médico.

**Paso 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su fecha de alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.**

**Una "revisión rápida" también se llama "revisión inmediata".**

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

*¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?*

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare contrata a esta organización para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

*¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?*

- En el aviso por escrito que reciba (**Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**), se explica cómo puede comunicarse con esta organización (también puede localizar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

*Actúe con rapidez:*

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad **antes** de dejar el hospital y **antes de la fecha de alta hospitalaria programada**. (La "fecha de alta hospitalaria programada" es la fecha que se ha fijado para que usted deje el hospital).
  - ♦ **Si usted cumple con este plazo**, se le permitirá permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación.
  - ♦ **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, es posible que deba pagar todos los costos asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarla directamente ante nuestro plan. Para ver más detalles sobre esta otra forma de presentar una apelación, vea la Sección 8.4.

*Solicite una "revisión rápida":*

- Debe solicitar a la Organización para la mejora de la calidad una "revisión rápida" de su fecha de alta hospitalaria. Esto significa que le está pidiendo a la organización que use un plazo "rápido" para la apelación en vez del estándar.

<b>Términos legales</b>
Una "revisión rápida" también se llama " <b>revisión inmediata</b> " o " <b>revisión acelerada</b> ".

## **Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

### *¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para la Mejora de la Calidad (a quienes llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Hacia el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan de su apelación, usted recibirá una notificación por escrito con su fecha de alta hospitalaria programada 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 se le dé de alta en esa fecha.

### **Términos legales**

Esta explicación por escrito se llama "**Aviso detallado de alta**".

Para recibir una copia de esta notificación, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

O puede ver un ejemplo del aviso en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

## **Paso 3: Una vez que la Organización para la Mejora de la Calidad obtenga toda la información que necesita, le dará una respuesta a su apelación en el plazo de un día.**

### *¿Qué sucede si la respuesta es **sí**?*

- Si la organización de revisión responde que **sí** a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios con cobertura durante el tiempo que sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando el porcentaje de los costos que le corresponde (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos. (Vea el Capítulo 4 de este folleto.)

### *¿Qué sucede si la respuesta es **no**?*

- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación, significa que la fecha de alta hospitalaria programada es apropiada desde el punto de vista médico. En este caso, nuestra cobertura de los **servicios como paciente interno finalizará** al mediodía del día siguiente al que reciba la respuesta de la Organización para la mejora de la calidad a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba a

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

partir del mediodía del día siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para la mejora de la calidad a su apelación.

**Paso 4: Si se responde que *no* a su Apelación de nivel 1, usted tiene derecho a presentar otra apelación.**

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, tiene derecho a presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

**Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria**

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, puede presentar una Apelación de nivel 2. Con una Apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su Apelación de nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha de alta hospitalaria programada.

Vea a continuación los pasos del proceso de apelaciones del nivel 2:

**Paso 1: Vuelva a ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.**

- **Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para la mejora de la calidad responda que *no* a su Apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.**

- 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 desde la fecha de recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para la Mejora de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.**

*Si la organización de revisión responde que sí:*

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para la Mejora de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención como paciente interno que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando el porcentaje que le corresponde de los costos y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

*Si la organización de revisión responde que **no**:*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de nivel 1 y no la cambiarán.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

**Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso y usar el nivel 3 de apelación.**

- Después del nivel 2, hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación (un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador independiente revisa su apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

#### **Sección 8.4 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de nivel 1 en el plazo indicado?**

**Puede presentarnos una apelación.**

Tal como se describe anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad e iniciar su primera apelación sobre el alta hospitalaria ("rápidamente" significa antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta hospitalaria programada). Si no se pone en contacto con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

**Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1**

Si no se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo estándar.

#### **Términos legales**

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama "**apelación acelerada**".

**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una "revisión rápida".**

- Para ver más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, **consulte** la Sección 1 del **Capítulo 2** y busque la sección "Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación o queja informal sobre su atención médica".

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

- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo "rápido" en vez del plazo "estándar".

**Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la fecha de alta hospitalaria programada para determinar si era apropiada desde el punto de vista médico.**

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha de alta hospitalaria programada era apropiada desde el punto de vista médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos un plazo "rápido" en lugar de uno estándar para darle una respuesta.

**Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida" ("apelación rápida").**

- **Si respondemos que sí a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted y que pensamos que aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria y seguiremos proporcionándole servicios para pacientes internos con cobertura mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que hemos aceptado reembolsarle el porcentaje de los costos que le corresponde pagar al plan por la atención médica recibida después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su porcentaje de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación rápida**, significa que la fecha de alta hospitalaria programada era apropiada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para los servicios como paciente interno finaliza el día en que dijimos que terminaría.
- **Si usted permaneció en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que recibió después de esta fecha.**

**Paso 4: Si respondemos que no a su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando dijimos **no** a su apelación, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Hacer esto significa que se pasa **automáticamente** al nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Paso a paso: Proceso de apelación alternativo para el nivel 2**

Si respondemos que **no** a su Apelación de nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando dijimos que **no** a su "apelación rápida". Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

<b>Términos legales</b>
-------------------------

El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es " <b>Entidad de Revisión Independiente</b> ". A veces se la llama " <b>IRE</b> ".
--

**Paso 1: Reenviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.**

- Debemos enviar la información de su Apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas desde que le informamos que habíamos respondido que *no* a su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros, puede presentar una queja informal. El proceso de quejas informales es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se incluye información sobre cómo presentar una queja informal).

**Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.**

- La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- **Si esta organización responde que sí a su apelación**, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestro porcentaje de los costos por la atención que haya recibido desde la fecha de alta hospitalaria programada. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para su atención como paciente interno mientras sea necesaria desde el punto de vista médico y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para los servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha de alta hospitalaria programada era apropiada desde el punto de vista médico.
  - ♦ En el aviso que le envía la Organización de Revisión Independiente se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirán en detalle los pasos que debe seguir para presentar una Apelación de nivel 3, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

**Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe escoger si desea avanzar 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 los revisores responden que *no* a su Apelación de nivel 2, usted puede aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

## SECCIÓN 9. Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto

### Sección 9.1 *Esta sección describe solo tres tipos de servicios: Atención de salud a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF).*

Esta sección, se refiere **solamente** a los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención de salud domiciliaria** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente de un centro de enfermería especializada. (Vea en el Capítulo 12, "Definición de términos importantes", los requisitos que debe cumplir un centro para que se lo considere un "centro de enfermería especializada").
- La **atención de rehabilitación** que reciba como paciente externo en un centro de atención integral de rehabilitación para pacientes externos (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o bien para recuperarse de una intervención quirúrgica mayor. (Vea más información sobre este tipo de centro de atención en el Capítulo 12, "Definiciones de términos importantes").

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar obteniendo cobertura para los servicios cubiertos para ese tipo de atención, durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para ver más información sobre los servicios cubiertos, incluidos el porcentaje que le corresponde de los costos y cualquier limitación correspondiente a la cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar usted)".

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es momento de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza antes de tiempo, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

### Sección 9.2 **Le comunicaremos con anticipación cuándo vencerá su cobertura**

- **Recibirá un aviso por escrito.** Lo recibirá por lo menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
  - ♦ El aviso por escrito le comunica la fecha en que finalizará la cobertura para su atención.
  - ♦ También le informa qué puede hacer si desea pedirnos que cambiemos esta decisión sobre la fecha de finalización de la atención médica y que sigamos ofreciéndole cobertura durante más tiempo.

### **Términos legales**

La explicación sobre qué puede hacer que se incluye en el aviso por escrito se refiere a cómo solicitar una "**apelación por vía rápida**". Presentar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención. (En la Sección 9.3 a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida.)

El aviso por escrito se llama "**Aviso de Medicare de no cobertura**". Para recibir una copia de esta notificación, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede ver una copia en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

- Debe firmar el aviso por escrito para comprobar que lo ha recibido.
  - ♦ Usted o una persona que actúe como su representante deben firmar este aviso. (En la Sección 5, se explica cómo puede designar a una persona como su representante a través de un permiso por escrito.)
  - ♦ Al firmar el aviso, usted **solo** acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con nosotros en que es momento de dejar de proporcionarle atención.

### **Sección 9.3 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 1 para que el plan cubra su atención durante más tiempo**

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes, asegúrese de entenderlos y de cumplir con todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También hay plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja informal. En la Sección 11 de este capítulo, se incluye información sobre cómo presentar una queja informal).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, por favor llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (*State Health Insurance Assistance Program*), una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

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

**Durante una Apelación de nivel 1, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad evalúan su apelación y determinan si es necesario cambiar la decisión tomada por nuestro plan.**

**Paso 1: Presente su Apelación de nivel 1: Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez.**

*¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?*

- Es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Se encargan de comprobar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y de evaluar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

*¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?*

- En el aviso por escrito que recibe, se explica cómo puede comunicarse con esta organización (también puede localizar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

*¿Qué debe solicitar?*

- Pídale a la organización una "apelación por vía rápida" (para que lleve a cabo una revisión independiente) para determinar si es apropiado desde el punto de vista médico que demos por finalizada la cobertura de sus servicios médicos.

*Plazo para ponerse en contacto con esta organización.*

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad e iniciar su apelación antes del mediodía del día siguiente al que recibe la notificación por escrito donde se le informa que se interrumpirá la cobertura de su atención médica.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para la mejora de la calidad, puede presentarla directamente ante nosotros. Para ver más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, vea la Sección 9.5 de este capítulo.

**Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.**

*¿Qué sucede durante esta revisión?*

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (a quienes llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que recibe de nuestro plan.
- Al final del día los revisores nos informan sobre su apelación y usted también recibirá una notificación por escrito en la que se explican en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

<b>Términos legales</b>
-------------------------

Esta notificación por escrito se llama " <b>Explicación detallada de no cobertura</b> ".
--

**Paso 3: En el plazo de un día entero desde el momento en que cuentan con toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.**

*¿Qué sucede si los revisores responden que **sí** a su apelación?*

- Si los revisores responden que sí a su apelación, **debemos continuar cubriendo sus servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando el porcentaje de los costos que le corresponde (tales como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué sucede si los revisores responden que **no** a su apelación?*

- Si los revisores responden que **no** a su apelación, **su cobertura finalizará** en la fecha que le hemos indicado. Dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención de salud domiciliaria, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un centro de atención integral de rehabilitación para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención médica.**

**Paso 4: Si se responde que no a su Apelación de nivel 1, usted tiene derecho a presentar otra apelación.**

- Esta primera apelación es el "nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores responden que **no** a su Apelación de nivel 1, y usted elige seguir recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "nivel 2" del proceso de apelaciones.

<b>Sección 9.4 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de nivel 2 para que el plan cubra su atención durante más tiempo</b>
---

Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación y usted escoge continuar recibiendo atención después de la fecha en que finaliza su cobertura, puede presentar una Apelación de nivel 2. Con una Apelación de nivel 2, usted le solicita a la Organización para la mejora de la calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si rechazamos su Apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención de salud domiciliaria o la atención en centros de enfermería especializada o los servicios de un centro de atención integral de rehabilitación para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que hayamos dicho que finalizaría su cobertura.

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

Vea a continuación los pasos del proceso de apelaciones del nivel 2:

**Paso 1: Vuelva a ponerse en contacto con la Organización para la Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.**

- **Si desea solicitar esta revisión, debe hacerlo en un plazo de 60 días** desde el día en que la Organización para la mejora de la calidad respondió que **no** a su Apelación de nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

**Paso 2: La Organización para la Mejora de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.**

- 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 desde la recepción de su solicitud de apelación, los revisores de la tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.**

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que **sí** a su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestro porcentaje de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** para esta atención en tanto sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Usted debe seguir pagando su porcentaje de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que **no** a su apelación?*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un mediador independiente.

**Paso 4: Si la respuesta es **no**, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelaciones.**

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar con el nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador independiente revisa su apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

**Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de nivel 1 en el plazo indicado?**

**Puede presentarnos una apelación.**

Tal como se describe anteriormente en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para la mejora de la calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no se pone en contacto con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

**Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de nivel 1**

Si no se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo estándar.

Vea aquí los pasos a seguir para una apelación alternativa de nivel 1:

**Términos legales**

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama "**apelación acelerada**".

**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una "revisión rápida".**

- Para ver más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección "Cómo ponerse en contacto con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación o queja informal sobre su atención médica".
- **Asegúrese de pedir una "revisión rápida"**. Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo "rápido" en vez del plazo "estándar".

**Paso 2: Realizamos una "revisión rápida" de la decisión que hayamos tomado con respecto a cuándo cancelar la cobertura de sus servicios.**

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las normas para establecer la fecha de cancelación de la cobertura que nuestro plan proporciona para los servicios que usted está recibiendo.
- Utilizaremos un plazo "rápido" en vez del plazo estándar para darle una respuesta sobre esta revisión.

**Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que usted solicite una "revisión rápida" ("apelación rápida").**

- **Si respondemos que *sí* a su apelación rápida**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que hemos aceptado reembolsarle el porcentaje de los costos que le corresponde pagar al plan por la atención médica recibida después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar su porcentaje de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que *no* a su apelación rápida**, su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ningún porcentaje de los costos después de esa fecha.
- Si sigue recibiendo atención de salud domiciliaria, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un centro de atención integral de rehabilitación para pacientes externos (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **entonces usted deberá pagar el costo total de la atención.**

**Paso 4: Si respondemos que no a su apelación rápida, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.**

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando dijimos **no** a su apelación, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.** Hacer esto significa que se pasa automáticamente al nivel 2 del proceso de apelaciones.

**Paso a paso: Proceso de apelación alternativo para el nivel 2**

Si respondemos que no a su Apelación de nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando dijimos que **no** a su "apelación rápida". Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales
El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es "Entidad de Revisión Independiente". A veces se la llama "IRE".

**Paso 1: Reenviaremos su caso automáticamente a la Organización de Revisión Independiente.**

- Debemos enviar la información de su Apelación de nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente en un plazo de 24 horas desde que le informamos que habíamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros, puede presentar una queja informal. El proceso de quejas informales es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se incluye información sobre cómo presentar una queja informal).

---

**Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta en el plazo de 72 horas.**

- La **Organización de Revisión Independiente** es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí** a su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestro porcentaje de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea necesaria desde el punto de vista médico y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para los servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
  - ♦ En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluye información sobre cómo presentar una Apelación de nivel 3.

**Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted debe escoger si desea avanzar 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 los revisores responden que **no** a su Apelación de nivel 2, usted puede aceptar la decisión o pasar al nivel 3 y presentar otra apelación. En el nivel 3, un juez de derecho administrativo o un mediador independiente revisa su apelación.
- En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

---

**SECCIÓN 10. Cómo presentar una Apelación de nivel 3 y superior**

---

**Sección 10.1 Apelaciones de niveles 3, 4 y 5 para apelaciones sobre servicios médicos**

Esta sección puede serle útil si presentó una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta por escrito a su Apelación de nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una Apelación de nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Vea a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un mediador independiente que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta. .

- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador independiente dice que *sí* a su apelación, es posible que el proceso de apelación finalice o *no*.** Decidiremos si apelamos esta decisión en un nivel 4. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente) tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 3 que sea favorable a usted.
  - ♦ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del mediador independiente.
  - ♦ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la Apelación de nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el mediador independiente dice que *no* a su apelación, es posible que el proceso de apelación finalice o *no*.**
  - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - ♦ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el mediador independiente responde que **no** a su apelación, usted recibirá una notificación donde se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

**Apelación de nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo)** revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es *sí*, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una Apelación de nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.** Decidiremos si apelamos esta decisión en un nivel 5. A diferencia de una decisión en el nivel 2 (Organización de Revisión Independiente) tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que sea favorable a usted.

- ◆ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos la decisión del Consejo.
- ◆ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es *no* o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.**
  - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - ◆ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que ***no*** a su apelación, en el aviso se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

**Apelación de nivel 5:** Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

## **Sección 10.2      Apelaciones de niveles 3, 4 y 5, y apelaciones para medicamentos de la Parte D**

Esta sección puede serle útil si presentó una Apelación de nivel 1 y una Apelación de nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su Apelación de nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una Apelación de nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Vea a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

**Apelación de nivel 3:** Un juez (llamado **juez de derecho administrativo**) o un **mediador independiente que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es *sí*, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el mediador independiente haya aprobado dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es *no*, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.**

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

- ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- ♦ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el mediador independiente responde que **no** a su apelación, usted recibirá una notificación donde se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

**Apelación de nivel 4:** El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado dentro de las 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
  - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - ♦ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que **no** a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en el aviso se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

**Apelación de nivel 5:** Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

## Cómo presentar quejas informales

### SECCIÓN 11. Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas



Si tiene un problema con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección no es para usted. En su lugar, debe seguir el proceso sobre decisiones y apelaciones de cobertura. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

### **Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan con el proceso de quejas informales?**

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas informales. El proceso de quejas se utiliza **solo** para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea a continuación ejemplos de los tipos de problemas que se manejan con el proceso de quejas informales.

**Si tiene alguno de estos problemas, puede "presentar una queja informal":**

- **Calidad de la atención médica**
  - ◆ ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto de su privacidad**
  - ◆ ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
  - ◆ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó el respeto?
  - ◆ ¿No está conforme con el trato que recibió del Servicio a los miembros?
  - ◆ ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
- **Tiempos de espera**
  - ◆ ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?
  - ◆ ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O al Servicio a los miembros u otro representante de nuestro plan?
  - ◆ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
  - ◆ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
  - ◆ ¿Cree que no le hemos enviado un aviso sobre algo que debíamos informarle?
  - ◆ ¿Considera que la información que le hemos dado por escrito es difícil de comprender?

**Puntualidad. Estos tipos de quejas informales están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y apelaciones.**

El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si usted pide que se tome una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas informales.

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

Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja informal sobre nuestra lentitud. Vea aquí algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una "decisión rápida sobre la cobertura" o una "apelación rápida" y le dijimos que no, puede presentar una queja informal.
- Si cree que el plan no cumple con los plazos para tomar una decisión de cobertura o darle la respuesta sobre una apelación suya, puede presentar una queja informal.
- Cuando se hace una revisión de una decisión de cobertura que hemos tomado y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican determinados plazos. Si cree que no hemos cumplido con estos plazos, puede presentar una queja informal.
- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo estipulado, puede presentar una queja informal.

### **Sección 11.2 El nombre del trámite para "hacer una queja informal" es "interponer una queja"**

#### **Términos legales**

- El término "queja informal" que se usa en esta sección también se llama "queja".
- Otra expresión para "presentar una queja informal" es "interponer una queja".
- Otra forma de decir "usar el proceso de quejas informales" es "usar el proceso de presentación de quejas".

### **Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja informal**

**Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **En general, el primer paso es llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.** Allí le informarán si es necesario que haga algo más. Por favor llámenos al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su queja informal por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja informal por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja informal por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja informal está relacionada con la calidad de su atención.

- **Si tiene una queja informal, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja informal por teléfono, usaremos un proceso formal de revisión. Su queja debe explicar el problema, tal como por qué no está conforme con los servicios que recibió. Por favor vea en el Capítulo 2 con quiénes debe comunicarse si tiene una queja informal.
  - ♦ Debe presentarnos su queja (en forma oral o por escrito) dentro de los siguientes 60 días de acontecido el evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la queja informal. Podemos extender nuestro plazo hasta 14 días calendario adicionales para tomar una decisión si usted solicita una extensión o si tenemos un motivo válido para requerir información adicional y la demora lo beneficia.
  - ♦ Puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión sobre una cobertura o una apelación, o si prolongamos el plazo para tomar una decisión sobre una decisión de cobertura o una apelación. Debemos responder su queja rápida en el plazo de 24 horas.
- **Debe ponerse en contacto con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros por teléfono o por escrito de inmediato.** Debe presentar la queja informal en los 60 días calendario siguientes a la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja informal.
- **Si presenta una queja informal porque hemos rechazado su solicitud de una "respuesta rápida sobre una decisión de cobertura" o una "apelación rápida",** automáticamente trataremos su solicitud como una "queja informal rápida". Si presenta una "queja rápida", le responderemos en 24 horas.

Términos legales
------------------

El término "queja informal rápida" que se usa en esta sección también se llama "queja formal acelerada".
--

## **Paso 2: Analizamos su queja informal y le damos una respuesta.**

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas 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 en total) para responder su queja informal. Si decidimos usar más días, se lo informaremos por escrito.
- Le informaremos **si no estamos de acuerdo** con parte o a la totalidad de su queja informal o no asumimos responsabilidad por el problema sobre el que se queje. Nuestra contestación incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos darle una respuesta, ya sea que estemos o no de acuerdo con la queja informal.

### **Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para la Mejora de la Calidad**

Puede presentarnos una queja informal sobre la calidad de la atención que haya recibido a través del proceso paso a paso explicado anteriormente.

Cuando su queja es sobre la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja informal ante la Organización para la Mejora de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja informal sobre la calidad de la atención directamente ante esta organización (sin presentarnos la queja informal a nosotros).
  - ♦ La Organización para la Mejora de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas del cuidado de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.
  - ♦ Para localizar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para la Mejora de la Calidad en su estado, vea la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja informal ante esta organización, trabajaremos con ellos para darle una solución a su queja informal.
- **O bien puede presentar su queja ante ambas entidades al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

### **Sección 11.5 También puede comunicarle su queja informal a Medicare**

Puede enviar una queja informal sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma en serio sus quejas informales y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otra inquietud u opinión o si cree que el plan no se está ocupando de su tema, por favor llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

---

## **Problemas con sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)**

---

### **Sección 12. Cómo manejar problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)**

Como miembro del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal, algunos de sus servicios del plan pueden estar también cubiertos por Medi-Cal (Medicaid). Por lo tanto, si considera que hemos denegado injustamente un servicio o un pago por un servicio que está cubierto por Medi-Cal (Medicaid), puede también apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid). Le informaremos por escrito si tiene derecho de apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid). Para obtener información sobre cómo presentar una queja informal ante Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) (consulte el Capítulo 2 para ver la información de contacto de Medi-Cal [Medicaid]).

**CAPÍTULO 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan**

<b>SECCIÓN 1. Introducción .....</b>	<b>227</b>
Sección 1.1. En este capítulo se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	227
<b>SECCIÓN 2. ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....</b>	<b>227</b>
Sección 2.1 Podría cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid.....	227
Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual .....	228
Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de afiliación abierta a Medicare Advantage .....	229
Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un período de inscripción especial .....	230
Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....	231
<b>SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....</b>	<b>231</b>
Sección 3.1. En general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan .....	231
<b>SECCIÓN 4. Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....</b>	<b>233</b>
Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo un miembro de nuestro plan.....	233
<b>SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan .....</b>	<b>233</b>
Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan? .....	233
Sección 5.2 No podemos pedirle que cancele su afiliación con nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	234
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	235

## SECCIÓN 1. Introducción

### Sección 1.1. En este capítulo se explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Usted puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma **voluntaria** (por elección suya) o de forma **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- **Podría dejar de participar en el plan porque ha decidido que quiere dejarlo.**
  - ♦ Si desea cancelar su membresía de forma voluntaria, solo puede hacerlo durante ciertos períodos del año o bajo determinadas circunstancias. En la Sección 2, se describe cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan. La Sección 2 le informa sobre los tipos de planes en los que se puede inscribir y cuándo comenzará su inscripción en su nueva cobertura.
  - ♦ El proceso de cancelación voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted escoja. En la Sección 3, se explica cómo puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que nos solicitamos que cancelemos su membresía. En la Sección 5, informamos en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía con nuestro plan, debe seguir recibiendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

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

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros pueden dejar de participar en nuestro plan durante el período de inscripción anual y durante el período de afiliación abierta a Medicare Advantage. En ciertas situaciones, es posible que cumpla los requisitos para cancelar su membresía con nuestro plan en otros momentos del año.

### Sección 2.1 Podría cancelar su membresía porque tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solamente durante determinadas épocas del año. Puesto que usted tiene Medicaid, puede cancelar su membresía con nuestro plan o cambiar a un plan distinto una vez durante cada uno de los siguientes períodos de inscripción especial:

- Enero a marzo.
- Abril a junio.

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

- Julio a septiembre.

Si se inscribió en nuestro plan durante uno de estos períodos, deberá esperar hasta el próximo período para cancelar su membresía o cambiar a un plan distinto. No puede usar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas con Medicare pueden hacer cambios del 15 de octubre al 7 de diciembre, durante el período de inscripción anual. Encontrará más información sobre el período de inscripción anual en la Sección 2.2.

**Importante:** Si está en un programa de gestión de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. Encontrará más información sobre los programas de gestión de medicamentos en la Sección 10 del Capítulo 5.

- **¿A qué clase de plan puede cambiarse?** Si decide cambiar a otro plan, puede elegir cualquiera de las siguientes clases de planes de Medicare:
  - ♦ Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubre medicamentos recetados o uno que no los cubre).
  - ♦ Original Medicare **con** un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte. Si elige Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya rechazado la inscripción automática.

**Atención:** Si cancela su membresía de un plan de medicamentos recetados de Medicare aparte y se queda sin una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar la sanción por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare).

Comuníquese con su oficina estatal de Medicaid para obtener más información sobre sus opciones del plan de Medicaid (los números de teléfonos se encuentran en el Capítulo 2, Sección 6 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan. Su inscripción en su nuevo plan comenzará también ese día.

## **Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual**

Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como el "período de afiliación abierta"). En esta etapa, debe analizar su cobertura de atención médica y de medicamentos a fin de tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Tiene lugar desde el 15 de octubre al 7 de diciembre.

- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual?** Puede elegir mantener su cobertura actual o modificar su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los siguientes tipos de planes:

- ♦ Otros planes de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- ♦ Original Medicare con un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
- ♦ O bien, Original Medicare sin un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

**Si obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:**

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

**Nota:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Vea más información sobre la sanción por inscripción tardía en la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

### **Sección 2.3 Puede cancelar su membresía durante el período de afiliación abierta a Medicare Advantage**

Tiene la posibilidad de hacer un cambio en su cobertura médica durante el período de afiliación abierta a Medicare Advantage.

- **¿Cuándo es el período de afiliación abierta a Medicare Advantage?** Tiene lugar todos los años desde el 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de afiliación abierta a Medicare Advantage?** Durante este período, puede hacer lo siguiente:
  - ♦ Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - ♦ Cancelar la afiliación a nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si escoge cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare para agregar una cobertura para medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes siguiente al que se inscribe en un plan distinto de Medicare Advantage o que recibimos su solicitud de cambio a Original Medicare. Si escoge inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

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

### Sección 2.4 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un período de inscripción especial

En ciertas situaciones, es posible que califique para cancelar su membresía con nuestro plan en otros períodos del año, conocidos como períodos de inscripción especial.

- **¿Quién cumple con los requisitos para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que reúna los requisitos para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial. Estos son tan solo algunos ejemplos; para obtener la lista completa, puede ponerse en contacto con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):

- ♦ Normalmente, cuando cambia de domicilio.
- ♦ Si tiene Medi-Cal.
- ♦ Si cumple con los requisitos para recibir "Ayuda adicional" para el pago de sus medicamentos recetados de Medicare.
- ♦ Si violamos nuestro contrato con usted.
- ♦ Si está recibiendo atención en una institución, tal como un hogar para ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).

**Importante:** La Sección 2.2 incluye más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para informarse si reúne los requisitos para un período de inscripción especial, por favor llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si cumple con los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede escoger cambiar tanto su cobertura médica como la de medicamentos recetados de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:

- ♦ Otros planes de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
- ♦ Original Medicare con un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
- ♦ O bien, Original Medicare sin un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

**Si obtiene "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:**

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

**Importante:** Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Vea más información sobre la sanción por inscripción tardía en la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará normalmente el primer día del mes siguiente al que recibimos su solicitud de cambio de plan.

**Nota:** Las secciones 2.1 y 2.2 incluyen más información sobre el período de inscripción especial para personas con Medicaid y "Ayuda adicional".

### **Sección 2.5 ¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede **llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede localizar la información en su folleto **Medicare y Usted** 2019.
  - ♦ Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto **Medicare y Usted** durante el otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse.
  - ♦ También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).
  - ♦ O bien, puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede ponerse en contacto con Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

## **SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?**

### **Sección 3.1. En general, usted cancela su membresía al inscribirse en otro plan**

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan Original Medicare, pero no ha elegido un plan de medicamentos recetados aparte de Medicare, debe pedir la cancelación de su afiliación a nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de la afiliación:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Póngase en contacto con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para informarse más sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- O puede ponerse en contacto con Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

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

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otros planes de salud de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente</li> <li>• Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <b>con</b> un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inscribirse en el nuevo plan de Medicare para medicamentos recetados. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente</li> <li>• Se cancelará automáticamente su afiliación a nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Original Medicare <b>sin</b> un plan de Medicare para medicamentos recetados.           <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Si desea cambiar a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare, Medicare podría inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya decidido rechazar la inscripción automática.</li> <li>◆ Si usted cancela su afiliación a cobertura de Medicare para medicamentos recetados y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados, es posible que deba pagar una sanción por inscripción tardía si en el futuro se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Póngase en contacto con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para informarse más sobre cómo hacerlo (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).</li> <li>• También puede ponerse en contacto con Medicare llamando al <b>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</b>, las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pedir que cancelen su afiliación. Los usuarios de TTY deben llamar al <b>1-877-486-2048</b>.</li> <li>• Se cancelará su afiliación a nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.</li> </ul>

Por preguntas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) al **1-800-952-5253**. Puede usar los servicios automáticos de Medi-Cal para obtener información grabada y realizar algunos trámites las 24 horas del día. Los usuarios TTY deben llamar al **1-800-952-8349**. Pregunte sobre cómo lo afectará si se inscribe en otro plan o si regresa a Original Medicare para obtener su cobertura de Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información, también puede visitar la página web <http://www.cdss.ca.gov/>.

## **SECCIÓN 4. Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan**

### **Sección 4.1 Hasta que finalice su membresía, sigue siendo un miembro de nuestro plan**

Si usted deja nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y la entrada en vigencia de la nueva cobertura de Medicare tarden un tiempo (vea la Sección 2 para obtener información sobre el inicio de la nueva cobertura). Durante este tiempo, debe continuar obteniendo los servicios de atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, solo cubrimos sus medicamentos recetados si usa una farmacia de la red, incluido el servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, en general nuestro plan cubre los gastos hasta que recibe el alta (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

## **SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan**

### **Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?**

**Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indicó en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas que son elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.
  - ♦ Si ya no es elegible para Medicaid, le avisaremos por escrito que tiene un período de gracia de 120 días para volver a ser elegible para Medicaid antes de que deba dejar el plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal. Antes de cancelar su inscripción en el plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal, nos comunicaremos con usted para darle la oportunidad de inscribirse en uno de otros planes Senior Advantage que tenemos. Los beneficios y gastos de bolsillo en estos planes pueden diferir de los beneficios y gastos de bolsillo del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
- Se muda fuera de su área de servicio.
- Si está lejos de nuestra área de servicio durante más de seis meses.

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

- ◆ Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para informarse si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- Si lo encarcelan (si va a prisión).
- Si no es ciudadano de Estados Unidos o residente legal en Estados Unidos.
- Si miente o no nos informa acerca de otro seguro que le brinda cobertura para medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulta brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
  - ◆ Si cancelamos su membresía por este motivo, Medicare puede solicitar que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga las primas del plan durante cuatro meses.
  - ◆ Antes de que finalice su membresía, debemos informarle por escrito que tiene un plazo de cuatro meses para pagar la prima del plan.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su afiliación a nuestro.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a la **Central de Llamadas de Servicio a los Miembros** para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

### **Sección 5.2 No podemos pedirle que cancele su afiliación con nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud**

No podemos pedirle que cancele su afiliación con nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

### ¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, siete días a la semana.

**Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos por los que hemos decidido cancelar su membresía. Además debemos explicarle cómo presentar una queja o realizar una queja informal sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. Para obtener información acerca de cómo presentar una queja informal, consulte también la Sección 11 del Capítulo 9.

**CAPÍTULO 11. Avisos legales**

<b>SECCIÓN 1.</b>	<b>Aviso sobre la legislación vigente.....</b>	<b>237</b>
<b>SECCIÓN 2.</b>	<b>Aviso contra la discriminación .....</b>	<b>237</b>
<b>SECCIÓN 3.</b>	<b>Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare .....</b>	<b>237</b>
<b>SECCIÓN 4.</b>	<b>Período que abarca esta Evidencia de Cobertura.....</b>	<b>237</b>
<b>SECCIÓN 5.</b>	<b>Solicitudes y declaraciones .....</b>	<b>238</b>
<b>SECCIÓN 6.</b>	<b>Asignaciones.....</b>	<b>238</b>
<b>SECCIÓN 7.</b>	<b>Honorarios y gastos de abogados .....</b>	<b>238</b>
<b>SECCIÓN 8.</b>	<b>Coordinación de beneficios .....</b>	<b>238</b>
<b>SECCIÓN 9.</b>	<b>Responsabilidad del empleador .....</b>	<b>239</b>
<b>SECCIÓN 10.</b>	<b>Evidencia de Cobertura obligatoria para los miembros .....</b>	<b>239</b>
<b>SECCIÓN 11.</b>	<b>Responsabilidad de agencias gubernamentales .....</b>	<b>239</b>
<b>SECCIÓN 12.</b>	<b>Exención de responsabilidad de los miembros .....</b>	<b>239</b>
<b>SECCIÓN 13.</b>	<b>Renuncia de responsabilidades .....</b>	<b>239</b>
<b>SECCIÓN 14.</b>	<b>Avisos .....</b>	<b>239</b>
<b>SECCIÓN 15.</b>	<b>Recuperación de pagos en exceso .....</b>	<b>240</b>
<b>SECCIÓN 16.</b>	<b>Responsabilidad civil de terceros .....</b>	<b>240</b>
<b>SECCIÓN 17.</b>	<b>Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos.....</b>	<b>241</b>
<b>SECCIÓN 18.</b>	<b>Beneficios por responsabilidad civil del empleador o Workers' Compensation (seguro de los trabajadores).....</b>	<b>241</b>
<b>SECCIÓN 19.</b>	<b>Arbitraje obligatorio.....</b>	<b>241</b>

## **SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente**

Diversas leyes regulan esta **Evidencia de Cobertura** y pueden aplicarse cláusulas adicionales según se requiera por ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no se describan ni expliquen en el presente documento. La principal ley que regula este documento es el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (*Social Security Act*) y las normas establecidas por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*) bajo la Ley de Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

## **SECCIÓN 2. Aviso contra la discriminación**

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (*Civil Rights Act*) de 1964, la Ley de Rehabilitación (*Rehabilitation Act*) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (*Age Discrimination Act*) de 1975, la Ley de Americanos con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act*), la Sección 1557 de la Ley de Atención Médica Asequible (*Affordable Care Act*), todas las demás leyes que regulan a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra legislación y norma vigentes que se apliquen por cualquier otro motivo.

## **SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario 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 el Título 42 Código de Reglamentaciones Federales (CFR), artículos 422.108 y 423.462, plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, como una Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría bajo las normas de los CMS en las subsecciones B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan a cualquier ley estatal.

## **SECCIÓN 4. Período que abarca esta Evidencia de Cobertura**

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

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

## SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones

Usted deberá llenar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitemos en el transcurso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Evidencia de Cobertura**.

## SECCIÓN 6. Asignaciones

Usted no puede ceder esta **Evidencia de Cobertura** ni los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

## SECCIÓN 7. Honorarios y gastos de abogados

En cualquier disputa entre un miembro y el Plan de Salud, Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable de sus propios gastos, incluidos los honorarios de abogados y otros gastos.

## SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios

Tal como se describe en la Sección 7 del Capítulo 1, "Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan", si tiene otro seguro, se le solicita que lo use en combinación con su cobertura como miembro del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal para pagar la atención que recibe. Esto se le llama "coordinación de beneficios" porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores del plan como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que nos deba el pagador principal se le envía a usted directamente, se le pedirá de acuerdo con la ley de Medicare que nos entregue este pago. Para obtener más información sobre los pagos principales en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la Sección 16 y para los pagos principales en los casos relacionados con seguros de los trabajadores (*Workers' Compensation*), consulte la sección 18.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

### **SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador**

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos a este empleador por estos servicios, y si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar al empleador un reembolso.

### **SECCIÓN 10. Evidencia de Cobertura obligatoria para los miembros**

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios de la presente **Evidencia de Cobertura**, los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los miembros que no tengan esta capacidad, aceptan todas las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**.

### **SECCIÓN 11. Responsabilidad de agencias gubernamentales**

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a esta agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

### **SECCIÓN 12. Exención de responsabilidad de los miembros**

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable por ninguna cantidad que debamos nosotros. Sin embargo, es posible que deba pagar el costo de los servicios sin cobertura que reciba de proveedores de la red o de los que no pertenecen a la red.

### **SECCIÓN 13. Renuncia de responsabilidades**

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier 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, por favor llame lo antes posible a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213 (los usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778)** para informar su nuevo lugar de residencia.

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

## SECCIÓN 15. Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos realizado por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

## SECCIÓN 16. Responsabilidad civil de terceros

Tal como se define en la Sección 7 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (y/o sus compañías de seguro de salud) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por un acuerdo o un dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que, supuestamente, le ocasionó una lesión o enfermedad para la cual recibió servicios cubiertos, debe asegurarse de que recibamos el reembolso para esos servicios.

**Nota:** Esta sección 16 no afecta su obligación de pagar el costo compartido por estos servicios.

Según lo permita o lo exija la ley, subrogaremos las reclamaciones, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Estaremos subrogados a partir del momento que enviamos por correo o le entregamos a usted o a su abogado una notificación por escrito de que hemos decidido hacer uso de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y de reembolso sobre las ganancias que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, por ejemplo: responsabilidad, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del seguro por accidente de trabajo, lesión personal, pagos médicos y cualquier otra clase de parte en el conflicto. Estas ganancias obtenidas se aplicarán en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si se cubren sus pérdidas y de si el monto total de las ganancias es menor a los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados al pago de honorarios de abogados ni de ningún costo de abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamación por daños y perjuicios.

En un plazo de 30 días, tras haber presentado una reclamación o acción judicial contra un tercero, deberá enviar una notificación por escrito de esta reclamación o acción judicial a:

Equian  
Kaiser Permanente – Región norte de California  
Subrogation Mailbox  
P.O. Box 36380  
Louisville, KY 40233  
Fax: 502-214-1291

A fin de poder determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, usted deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, cesión, autorización, asignación y

demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, dando instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, cesar o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o curador presentan una reclamación contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o curador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de estos estarán sujetos a nuestros derechos de preferencia y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara la reclamación contra el tercero. Tendremos la opción de asignar nuestro derecho de ejecutar nuestro derecho de retención y otros derechos.

### **SECCIÓN 17. Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos**

En el caso de servicios para tratar afecciones asociadas al servicio militar y que la ley exige que se reciban solo del Departamento de Asuntos de Veteranos (*Department of Veterans Affairs*), 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 Workers' Compensation (seguro de los trabajadores)**

Tal como se define en la Sección 7 del Capítulo 1, el seguro de los trabajadores generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir pagos primarios según la ley Workers's Compensation (seguro de los trabajadores) o a la ley de responsabilidad civil del empleador. Puede reunir los requisitos para recibir pagos y otros beneficios, incluida la cantidad de dinero recibida como compensación (a lo que colectivamente se le llama "Beneficio financiero") conforme al Workers' compensation (seguro de los trabajadores) o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no estuviera claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero.
- De usted, en la medida en que un Beneficio financiero se ofrezca o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el Beneficio financiero según las leyes del Workers' compensation (seguro de los trabajadores) o de responsabilidad civil del empleador.

### **SECCIÓN 19. Arbitraje obligatorio**

La siguiente descripción de arbitraje obligatorio se aplica a los siguientes miembros:

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

- todos los miembros inscritos en el plan individual Kaiser Permanente Senior Advantage que se inscribieron con una fecha de entrada en vigencia anterior al 1 de enero de 2008; y
- todos los miembros inscritos en el plan individual Kaiser Permanente Senior Advantage con fecha de entrada en vigencia del 1 de enero de 2008 o posterior; que no hayan rechazado expresamente el proceso de arbitraje obligatorio en el plazo de 60 días calendario desde la fecha de entrada en vigencia de Senior Advantage.

Para todas las reclamaciones sujetas a esta cláusula de "Arbitraje obligatorio", tanto los demandantes como los demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales y aceptan recurrir al arbitraje obligatorio. En la medida en que esta cláusula de "Arbitraje obligatorio" sea aplicable a las reclamaciones presentadas por las partes asociadas a Kaiser Permanente, habrá de aplicarse retroactivamente a todas las reclamaciones no resueltas que se acumulen antes de la fecha de entrada en vigencia de esta **Evidencia de Cobertura**. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las partes asociadas a Kaiser Permanente.

### **Alcance del arbitraje**

Las disputas habrán de someterse a arbitraje obligatorio, si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- La reclamación surge de, o está relacionada con, una supuesta infracción de una obligación que conlleve, resulte de o esté relacionada con esta **Evidencia de Cobertura** o con una relación del Miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Plan de Salud), incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación que indique que un producto o servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil por los centros, o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o productos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base la reclamación.
- La reclamación es afirmada por una o más partes de los miembros contra una o más partes de Kaiser Permanente, o por una o más partes de Kaiser Permanente contra una o más partes asociadas al miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver la reclamación.

Los miembros inscritos en esta **Evidencia de Cobertura** renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje obligatorio, excepto en el caso que los siguientes tipos de reclamaciones no estén sujetas al arbitraje obligatorio:

- La reclamación no se presenta dentro de la jurisdicción del Tribunal de demandas de menor cuantía.
- Reclamaciones sujetas a un proceso de apelación de Medicare, según corresponda para los miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre apelaciones de Medicare).
- Las reclamaciones no pueden estar sujetas al arbitraje obligatorio según la ley vigente.

Como se indica en esta cláusula de "Arbitraje obligatorio", las "partes de los miembros" incluyen:

- Un miembro.
- Un heredero, familiar o representante personal del miembro.

- Cualquier persona que manifieste que surge una obligación para con dicha persona en virtud de la relación del miembro con una o más de las partes de Kaiser Permanente.

Las "partes de Kaiser Permanente" incluyen:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- KP Cal, LLC.
- 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 reclamaciones que presentan una o más de las partes asociadas al miembro.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas.

"Demandante" se refiere a una parte asociada al miembro o a una parte de Kaiser Permanente que presente una reclamación como se describe anteriormente. "Demandado" se refiere a una parte asociada al miembro o a Kaiser Permanente contra quien se presenta una reclamación.

### **Reglas de procedimiento**

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las *Normativas de arbitrajes para miembros de Kaiser Permanente supervisados por la Oficina del Administrador Independiente* ("Reglas de procedimiento") desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje (*Arbitration Oversight Board*). Si desea obtener copias de las Reglas de procedimiento, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

### **Cómo iniciar el arbitraje**

Los demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una petición de arbitraje. La petición de arbitraje deberá incluir las bases de la reclamación contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, direcciones y 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 todas las reclamaciones contra los Demandados que estén basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

### **Cómo presentar una petición de arbitraje**

La Petición de arbitraje deberá notificarse ante Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado encargado a la siguiente dirección:

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

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.  
Legal Department  
1950 Franklin Street, 17th floor  
Oakland, CA 94612

La notificación de ese Demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluso los particulares, deberán ser notificados 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 reclamaciones presentadas en la Petición de arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en la Petición de arbitraje.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se 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 (*Fee Waiver Form*) y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a las partes demandadas. El Formulario de Exoneración de Honorarios establece los criterios para la exoneración de cuotas y puede obtenerlo llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

### **Número de árbitros**

El número de árbitros puede afectar la responsabilidad de pago del Demandante de los honorarios y gastos del árbitro imparcial (consulte las Reglas de procedimiento).

Si la Petición de arbitraje intenta obtener el pago de daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse ante los oficios de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes interesadas y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar compensación monetaria por daños mayores a \$200,000.

Si la Petición de arbitraje intenta obtener compensación monetaria total por daños superiores a \$200,000, la disputa deberán resolverla y determinarla un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante, pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes así lo acordaran, estos arbitrajes podrán ser resueltos por un solo árbitro imparcial.

### **Pago de los honorarios y gastos de los árbitros**

El plan de salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones según se describe en las Reglas de procedimiento. En todos los otros arbitrajes, los honorarios y gastos del árbitro imparcial serán pagados equitativamente por los Demandantes y los Demandados.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables por el pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los Demandados serán responsables por el pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro.

## Costos

A excepción de los honorarios y gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta cláusula de "Arbitraje obligatorio", cada una de las partes será responsable de pagar sus propios honorarios de abogados, honorarios de testigos y otros gastos incurridos en la acusación o defensa que se haga en contra o a favor de una reclamación, independientemente de la naturaleza de la reclamación o de los resultados del arbitraje.

## Disposiciones generales

Una reclamación deberá ser abandonada y excluida para siempre si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de arbitraje para la reclamación, en caso de que la reclamación haya sido afirmada en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud del estatuto aplicable de limitaciones, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con la reclamación de arbitraje de conformidad con las Normativas de procedimiento indicadas 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 la reclamación, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar una reclamación por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial procederá a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones por Lesiones Médicas de California (*California Medical Injury Compensation Reform Act*) 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 toda reclamación por negligencia profesional o cualquier otra reclamación, según lo permita o contemple la ley.

La Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje (*Federal Arbitration Act*) y las cláusulas del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje, que estén vigentes al momento de aplicación del estatuto y en combinación con las Reglas de procedimiento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradiga 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 esta sección de "Arbitraje obligatorio" no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una Parte asociada a los miembros y una Parte asociada a Kaiser Permanente involucre reclamaciones sujetas y no sujetas a arbitraje o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sea 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 pudiesen estar en conflicto.

## **CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes**

**Apelación:** Usted presenta una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de servicios de atención médica, 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. Por ejemplo, puede presentar una apelación si nuestro plan no paga un medicamento, artículo o servicio que usted considera que tiene derecho a recibir. Consulte el Capítulo 9 para ver una descripción de las apelaciones y del proceso de presentación.

**Área de servicio:** Un área geográfica en la que un plan de salud acepta miembros si la membresía está limitada a la zona de residencia. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que podemos usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su afiliación si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio del plan.

**Asignación:** Monto específico que se acredita a un miembro para comprar un artículo. Si el costo del o de los artículos supera la asignación, usted deberá pagar la diferencia y esta diferencia no se aplica a los gastos máximos de bolsillo anuales.

**Atención de custodia:** La atención de custodia es la atención que se proporciona en un hogar para ancianos, un 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 es la atención personal que pueden proporcionar personas que no tienen habilidades o capacitación profesionales, tal como ayudar con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla de ruedas, desplazarse o usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas se proporcionan a sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

**Atención de emergencia:** Servicios cubiertos que (1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) necesarios para evaluar o estabilizar un problema médico de emergencia.

**Atención de poestabilización:** Servicios necesarios desde el punto de vista médico asociados a su problema médico de emergencia que usted recibe después de que su médico tratante determina que el problema médico está clínicamente estable. Clínicamente estable significa que el médico que le trate crea, 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 problema médico empeore de manera importante durante el proceso del alta o el traslado, ni como consecuencia de ello.

**Atención de salud domiciliaria:** Atención de enfermería especializada y otros servicios de cuidado de la salud que usted recibe en su domicilio como parte del tratamiento de una enfermedad o lesión. Vea una lista de los servicios cubiertos en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Cubriremos su atención de salud domiciliaria de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención de salud domiciliaria puede incluir los servicios de un auxiliar de salud domiciliaria si estos forman parte del plan de salud domiciliaria para una enfermedad o lesión. No tienen cobertura a menos que usted también reciba servicios especializados cubiertos. Los servicios de salud domiciliaria no incluyen los servicios de limpieza, servicios de alimentos ni atención de enfermería a tiempo completo en el hogar.

Un miembro al que le quedan seis meses de vida o menos tiene derecho a escoger un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su zona geográfica. Si escoge un centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, usted sigue siendo miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico como también los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará tratamiento especial para su estado.

**Atención dental de emergencia:** Atención proporcionada por un dentista para tratar una afección dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, que incluye dolor intenso que, de no tratarse de inmediato, cabría la posibilidad razonable de que tenga como consecuencia: (1) que se ponga en riesgo la salud dental del miembro, o bien (2) una disfunción grave de las funciones dentales. "Razonablemente" en este caso significa que un miembro aplica un juicio prudente para determinar que hay una emergencia dental y se pone en contacto con el dentista de DeltaCare USA para recibir atención de emergencia. Si el dentista no está disponible, los miembros deben llamar al Servicio al cliente de Delta Dental antes de recibir atención de otro dentista, si esto es razonablemente posible considerando la naturaleza de la situación al **1-877-644-1774**, de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-735-2929**). Consulte el Capítulo 4 para obtener más información sobre la cobertura DeltaCare USA.

**Atención para pacientes hospitalizados:** Atención de la salud que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

**Autorización previa:** Aprobación previa para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden o no estar incluidos en nuestra lista de medicamentos con cobertura. Algunos servicios médicos dentro de la red tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen una "aprobación previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se describen en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4 y en la Sección 2.3 del Capítulo 3. Algunos medicamentos solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen una "autorización previa" de parte nuestra. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la lista de medicamentos.

**Auxiliar de salud domiciliaria:** Un auxiliar de salud domiciliaria proporciona servicios que no requieren la capacitación de un(a) enfermero(a) titulado(a) o de un terapeuta, tal como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, para bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de salud domiciliaria no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

**Ayuda adicional:** Un programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a pagar el costo del programa para medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Cancelación de la afiliación:** El proceso mediante el cual se da por terminada su membresía en nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por elección suya) o involuntaria (cuando usted no toma la decisión).

**Cargos del plan:** Cargos del plan significa lo siguiente:

- Los cargos por servicios prestados por Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el cronograma del plan de salud de Medical Group y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los miembros.

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

- 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.
- Para los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del plan de salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente subcontrata costos compartidos de sus pagos, la cantidad que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera subcontratado costos compartidos.

**Centro de cirugía ambulatoria:** Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada no supera las 24 horas.

**Centro de enfermería especializada:** Servicios de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se proporcionan todo el día y todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Los ejemplos de centro de enfermería especializada incluyen la terapia física y las inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

**Centro integral de rehabilitación para pacientes externos:** Un centro de atención que ofrece principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona diversos servicios, tales como terapia física, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

**Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (*Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS*):** La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo puede ponerse en contacto con los CMS.

**Cobertura acreditable para medicamentos recetados:** Cobertura para medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera pague, en promedio, por lo menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando reúnen los requisitos para recibir Medicare normalmente pueden mantener la cobertura sin pagar una sanción, si posteriormente deciden inscribirse en una cobertura de Medicare para medicamentos recetados.

**Cobertura de Medicare para medicamentos recetados (Medicare Parte D):** 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 Partes A o B.

**Coordinación de beneficios:** La coordinación de beneficios es una cláusula que se usa para establecer el orden en que se pagan las reclamaciones cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro de salud o cobertura, cada tipo de cobertura se llama "pagador". Cuando hay más de un pagador, hay normas de "coordinación de beneficios" que deciden qué pagador paga primero. El "pagador principal" paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el "pagador secundario". Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que nos entregue el pago. En algunos casos puede haber un tercero pagador. Para obtener más información consulte la Sección 7 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

**Copagos** Una cantidad que se le puede pedir que pague como su porcentaje del costo del servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita al hospital como paciente externo o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija, más que un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una consulta al médico o un medicamento recetado.

**Coseguro:** Una cantidad que se le puede pedir que pague en concepto de su porcentaje de los costos de los servicios o de los medicamentos recetados después de que pague cualquier deducible. El coseguro es generalmente un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de los cargos del plan.

**Costo compartido:** Se refiere a las cantidades que debe pagar un miembro cuando recibe medicamentos o servicios. (Este es adicional a la prima mensual del plan). El costo compartido incluye una combinación de cualquiera de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad de deducible que un plan requiera que se pague antes de comenzar a cubrir sus medicamentos o servicios; (2) cualquier cantidad fija de "copago" que un plan requiera que se pague cuando usted recibe medicamentos o servicios específicos; o (3) cualquier cantidad de "coseguro" que deba pagarse como porcentaje del costo total de un medicamento o servicio que un plan requiere cuando usted recibe un medicamento o servicio específico. Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diaria" cuando el médico receta un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos para usted y se le pide que pague un copago.

Importante: En algunos casos, es posible que no pague todos los costos compartidos correspondientes en el momento en que reciba los servicios y le enviaremos una factura más adelante por el costo compartido. Por ejemplo, si recibe atención que no es preventiva durante una visita de atención preventiva programada, podemos facturarle el costo compartido de la atención no preventiva más adelante. Para los artículos que se soliciten con anticipación, debe pagar el copago vigente en la fecha en la que se haga el pedido (aunque no cubriremos el artículo a menos que usted todavía tenga cobertura para dicho artículo en la fecha en que lo reciba) y tal vez deba pagar el copago cuando se ordene el artículo. En el caso de medicamentos recetados para pacientes externos, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta.

**Costos anuales de su bolsillo:** Consulte la definición de "costo compartido" anterior. También se hace referencia al requisito de costos de su bolsillo como al requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos que recibe.

**Cuota de dispensación:** Una cuota que debe pagarse cada vez que se expende un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento recetado. La cuota de dispensación cubre el costo tal como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envasar el medicamento recetado.

**Deducible:** La cantidad que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan comience a pagar.

**Dentista de DeltaCare USA:** Un dentista que proporciona servicios de odontología general y ha aceptado proporcionar servicios cubiertos por DeltaCare USA.

**Determinación de cobertura:** Una decisión acerca de si un medicamento recetado tiene cobertura a través de nuestro plan, y la cantidad, si corresponde, que usted debe pagar por ese medicamento recetado. En general, si trae su receta a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman "decisiones sobre la cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

**Determinación de la organización:** La organización del plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si los productos o los servicios tienen cobertura o cuánto debe pagar por los productos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman "decisiones sobre la cobertura" en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

**Emergencia:** Una emergencia médica es una situación en la que usted, o cualquier otra persona no profesional prudente con un conocimiento promedio en salud y medicina, crea que usted tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una afección médica que está empeorando rápidamente.

**Equipo médico duradero:** Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Los ejemplos incluyen: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital pedidos por un proveedor para su uso en el hogar.

**Especialista de DeltaCare USA:** Un dentista que proporciona servicios especializados y ha aceptado proporcionar servicios cubiertos por DeltaCare.

**Etapas de cobertura inicial:** Es la etapa después de que ha cumplido con su deducible y antes de cuando el costo total de sus medicamentos alcanza el monto de **\$3,820**, incluidas las cantidades que usted haya pagado y lo que nuestro plan haya pagado en su nombre en el año.

**Etapas de cobertura para catástrofes:** La etapa de beneficios para medicamentos de Medicare Parte D en la que debe pagar un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted o terceros autorizados hayan gastado en su nombre **\$5,100** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

**Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información:** Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula para cobertura de cuidados médicos adicionales u otra cobertura opcional seleccionada, que explican cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** Un tipo de determinación de cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de la lista de medicamentos recetados disponibles del patrocinador del plan (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles). Además, puede pedir una excepción si limitamos la cantidad o la dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista).

**Facturación de saldos:** Cuando un proveedor (tal como un médico o un hospital) factura a un paciente más del costo compartido permitido por el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos separados adicionales, lo que recibe el nombre de "facturación de saldo", ni que le cobren más que el costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar.

**Farmacia de la red:** Una farmacia de la red es una farmacia en la cual los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Se denominan "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

**Farmacia 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. Según se describe en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no tienen cobertura a través de nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones (para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5).

**Gastos máximos de bolsillo:** Es lo máximo que pagará durante el año calendario para los servicios cubiertos de la Parte A y B dentro de la red. Los montos que paga por sus primas del plan, Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan respecto a los gastos máximos de bolsillo. (Nota: Puesto que nuestros miembros también reciben ayuda de Medicaid, muy pocos miembros alcanzan los gastos máximos de bolsillo). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los gastos máximos de bolsillo.

**Hospital de atención a largo plazo:** Un hospital de cuidados agudos certificado por Medicare que generalmente proporciona servicios cubiertos por Medicare tal como rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento para traumatismos de cabeza y control del dolor. No son centros de cuidados a largo plazo tales como centros de atención con servicios de vida asistida o para pacientes convalecientes.

**Hospitalización:** Cuando lo han ingresado en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo un "paciente externo".

**Indicación aceptada desde el punto de vista médico:** Es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos o bien está respaldado por ciertos libros de referencia. Vea más información sobre una indicación aceptada desde el punto de vista médico en la Sección 3 del Capítulo 5.

**Kaiser Foundation Health Plan (Plan de salud):** Kaiser Foundation Health Plan, Inc de la región norte de California es una corporación sin fines de lucro de California y una organización de Medicare Advantage. En esta **Evidencia de Cobertura**, a veces se hace referencia al Plan de Salud como "nosotros" o "nuestro/a" ..

**Kaiser Foundation Hospital:** Un hospital de la red que es propiedad de Kaiser Foundation Hospitals y está administrado por este grupo.

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

**Kaiser Permanente:** Kaiser Foundation Hospitals, Health Plan y Medical Group.

**Kaiser Permanente Region:** Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención permanente para afecciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, por favor consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3.

**Límite de cobertura inicial:** El límite máximo de cobertura durante la etapa de cobertura inicial.

**Límites de cantidad:** Una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por motivos de calidad, seguridad o uso. Los límites pueden establecerse en cuanto la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido de tiempo.

**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2019 de Kaiser Permanente (o "Lista de medicamentos"):** Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos, e incluimos opciones tanto de marca como genéricas.

**Lista de medicamentos recetados disponibles:** Una lista de medicamentos de Medicare Parte D cubiertos por nuestro plan.

**Medicaid (o asistencia médica):** Un programa conjunto federal y estatal que ayuda con los costos médicos para algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid pueden ser diferentes en cada estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

**Medical Group:** Es nuestra red de proveedores, que tienen un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro.

**Medicamento de marca:** Un medicamento recetado que es fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que originalmente lo investigó y desarrolló. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros laboratorios fabrican y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

**Medicamento excluido:** Un medicamento que no es un "medicamento con cobertura de la Parte D", según se define en el código 42 U.S.C, Sección 1395w-102(e).

**Medicamento genérico:** Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA), quien certifica que incluye los mismos ingredientes activos que su versión de marca. Un medicamento "genérico" funciona igual que uno de marca pero, en general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura a través de nuestro plan.

**Medicamentos de la Parte D:** Medicamentos que pueden tener cobertura bajo la Parte D. El plan puede o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D (Consulte la lista de medicamentos del plan para obtener una lista específica de los medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos.

**Medicare:** Un programa federal de seguro médico para personas a partir de los 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con enfermedad renal en fase terminal (en general quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Medicare Original, un plan Medicare Cost, el plan PACE o Medicare Advantage.

**Medicare Original ("Medicare tradicional" o Medicare de "pago por servicio"):** Medicare Original 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 a través de los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su porcentaje de la cantidad aprobada por **Medicare y Usted** paga el suyo. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

**Médico de la red:** Cualquier médico titulado que trabaje para Medical Group o cualquier médico titulado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios por remisión).

**Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"):** Una persona que tiene Medicare y reúne los requisitos para recibir los servicios cubiertos, que está inscrito en nuestro plan y cuya inscripción cuenta con la confirmación de los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS).

**Montos de ajuste mensual relacionados con los ingresos (*Income Related Monthly Adjustment Amounts, IRMAA*):** Si sus ingresos superan un determinado límite, pagará un ajuste mensual relacionado con los ingresos además de la prima del plan. Por ejemplo, las personas con ingresos superiores a \$85,000 y las parejas casadas con ingresos superiores a \$170,000 deben pagar una prima más alta por la cobertura de Medicare Parte B (seguro médico) y la cobertura para medicamentos recetados de Medicare. Esta cantidad adicional se llama ajuste mensual relacionado con los ingresos. Menos del 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, por eso la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Organización para la Mejora de la Calidad (*Quality Improvement Organization, QIO*):** Es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben un pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con la QIO en su estado.

**Parte C:** Consulte el "**plan de Medicare Advantage (MA)**".

**Parte D:** El programa voluntario de beneficios de Medicare Parte D para medicamentos recetados (Para una fácil referencia, llamaremos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

**Período de beneficios:** La manera en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de los centros de atención de enfermería especializada. Un período de beneficios comienza el día que usted es admitido en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes internos (o atención en un centro de enfermería especializada). Si usted es admitido en un hospital o un centro de atención de enfermería especializada al concluir un período de beneficios, en ese momento comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite para la cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

**Período de inscripción inicial:** Cuando reúne los requisitos por primera vez para participar en Medicare, el período en que puede suscribirse para Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si reúne los requisitos para Medicare cuando cumpla 65 años de edad, su período de inscripción inicial son los siete meses que comienzan tres meses antes del mes en que cumple 65 años de edad, incluye el mes en que cumple 65 años de edad y finaliza tres meses después del mes en que cumpla los 65 años de edad.

**Persona doblemente elegible:** Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal.

**Plan de costos de Medicare:** Un plan de costos de Medicare es un plan administrado por una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos según se establece en el artículo 1876(h) de la Ley.

**Plan de Organización de Proveedores Preferidos (*Preferred Provider Organization, PPO*):** Un plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados que han aceptado atender a los miembros del plan por un pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o que no pertenecen a la red. El costo compartido que paga el miembro, en general, es mayor cuando recibe los beneficios del plan a través de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los costos de su bolsillo por los servicios que se reciben de proveedores (preferidos) de la red y un límite más elevado en los costos combinados totales de su bolsillo por servicios de proveedores (preferidos) de la red y (no preferidos) fuera de la red.

**Plan de salud de Medicare:** Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Esta expresión incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto o de demostración, y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan Medicare Advantage (MA):** A veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO), una Organización de Proveedores Preferidos (PPO), un Plan de Pago por Servicio Privado (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Medicare Advantage con cobertura para medicamentos recetados**. Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B cumplen con los requisitos para unirse a cualquier plan de salud de Medicare ofrecido en su área, excepto quienes tienen enfermedad renal en fase terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

**Plan PACE:** El plan PACE (Programa de atención integral para personas de edad avanzada) combina servicios médicos, sociales y de atención a largo plazo para las personas frágiles con el fin de ayudarlas a seguir siendo independientes y a seguir viviendo en su comunidad (en vez de mudarse a un hogar para ancianos) durante el mayor tiempo posible, mientras reciben la atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

**Plan para necesidades especiales:** Tipo de plan de Medicare Advantage que proporciona atención de la salud más especializada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar para ancianos o que tienen determinadas afecciones médicas crónicas.

**Plan para necesidades especiales Institucional (SNP):** Tipo de plan de especial que inscribe a individuos elegibles que viven en forma permanente o que se espera que vivan en forma permanente durante 90 días o más en un centro de atención de largo plazo (LTC). Estos centros de atención LTC pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF); un centro de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para personas con discapacidad mental (ICF/MR) y/o un centro de pacientes internados psiquiátricos. Para brindar asistencia a residentes de Medicare de centros LTC, un plan para necesidades especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con el centro LTC específico (o ser el dueño).

**Plan para necesidades especiales equivalente al Institucional (SNP):** Un plan para necesidades especiales institucional que inscribe a individuos elegibles que viven en la comunidad, pero necesitan atención de nivel institucional según la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar usando la misma herramienta de evaluación del nivel de cuidado estatal y la debe administrar por una entidad que no sea la de la organización que ofrece el plan. Esta clase de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de individuos que residen en un centro de atención para vida asistida contratado (*contracted assisted living facility*, ALF) si se debe asegurar que se les brinde atención especializada en forma continua.

**Póliza "Medigap" (Seguro Suplementario de Medicare):** Un seguro suplementario de Medicare vendido por compañías privadas de seguros para cubrir las interrupciones de la cobertura de Medicare Original. Las pólizas de MediGap solo se utilizan con Medicare Original. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de MediGap).

**Prima:** Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

**Problema médico de emergencia:** Una afección médica o mental que se manifiesta con síntomas agudos (incluido dolor intenso) que una persona no profesional prudente, con un conocimiento promedio en salud y medicina, podría considerar, de forma razonable, que si no recibe atención médica de inmediato, podría suceder alguna de las siguientes situaciones:

- Riesgo grave para la salud de la persona o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación.
- Insuficiencia grave de las funciones corporales.
- Disfunción grave de la función de una parte u órgano del cuerpo.

**Programa de descuento de período de intervalo en la cobertura de Medicare:** Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período de intervalo en la cobertura y que todavía no reciben "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, casi todos, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

**Prótesis y dispositivos ortóticos:** Estos son dispositivos médicos que pide su médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional enteral y parenteral.

**Proveedor de atención médica primaria (PCP):** Su proveedor de atención médica primaria es el médico u otro proveedor que lo ve primero para la mayoría de los problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para conservar su salud. También puede hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y remitirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención médica primaria antes de ver a cualquier proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre proveedores de atención médica primaria.

**Proveedor de la red:** "Proveedor" es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de la salud (incluidos, entre otros, médicos, asistentes médicos, enfermeros practicantes 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 llamamos "**proveedores de la red**" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago por los servicios prestados y, en algunos casos, para coordinar además de proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Pagamos a los proveedores de la red según el acuerdo que hayan celebrado y siempre que los proveedores acepten proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. También hacemos referencia a estos proveedores como "proveedores del plan".

**Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red:** Un proveedor o un centro de atención con quien no tenemos un acuerdo para que coordine o proporcione servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no están contratados, administrados ni son propiedad de nuestro plan y no tienen un contrato con nosotros para prestarle los servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto, se explica el uso de proveedores o centros de atención fuera de la red.

**Queja:** Una queja que presenta contra nosotros, como una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Estas quejas no abarcan disputas sobre pagos ni cobertura.

**Queja informal:** El nombre formal para "presentar una queja informal" es "interponer una queja formal". El proceso de quejas informales se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Vea también el término "Queja" en esta lista de definiciones.

**Sanción 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 período continuo de 63 días o más. Usted paga esta cantidad mayor mientras tenga un plan de Medicare para medicamentos. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará una sanción por inscripción tardía. Si pierde su subsidio por bajos ingresos "Ayuda adicional"), estará sujeto a la sanción mensual por inscripción tardía en la Parte D si no tuvo una cobertura de medicamentos recetados acreditable durante 63 días o más.

**Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI):** Un beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con bajos ingresos y pocos recursos que tienen una discapacidad, ceguera o más de 65 años. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

**Servicio a los miembros o Central de Llamadas de Servicio a los Miembros:** Un departamento de nuestro plan que tiene como responsabilidad responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2, para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con el Servicio a los miembros.

**Servicios:** Servicios o artículos de atención médica.

**Servicios cubiertos:** El término general que usamos para referirnos a los suministros y servicios de atención médica que tienen cobertura a través de nuestro plan.

**Servicios cubiertos por Medicare:** Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B.

**Servicios de rehabilitación:** Estos servicios incluyen terapia física, del habla y del lenguaje, y ocupacional.

**Servicios necesarios con urgencia:** Los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una situación que no es de emergencia, una enfermedad, lesión o afección imprevista que requiere atención médica inmediata. Los servicios urgentes pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores de fuera de la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o están inaccesibles temporalmente.

**Servicios necesarios 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 que cumplen los estándares aceptados de práctica médica.

**Servicios o atención médica:** Artículos o servicios de atención de la salud. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen equipo médico duradero, anteojos y medicamentos que cubren las Partes A o B de Medicare, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

**Subsidio para bajos ingresos (LIS):** Vea "Ayuda adicional".

**Tasa de costo compartido diaria:** Se puede aplicar una "tasa de costo compartido diaria" cuando el médico receta un suministro para menos de un mes completo de determinados medicamentos para usted y se le pide que pague un copago. La tasa de costo compartido diaria es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. Le presentamos un ejemplo: Si el copago para un suministro para un mes de un medicamento es de \$30 y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, entonces su "tasa de costo compartido diaria" es de \$1 al día. Esto significa que usted paga \$1 por cada día de suministro cuando surte su receta.

**Declaración de revelación de la PRA.** Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información a menos que incluya un número válido de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB). El número válido de control de OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



## Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
  - ◆ intérpretes de lenguaje de señas calificados
  - ◆ información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados
  - ◆ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 800-537-7697 (línea TDD)**. Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



# Multi-language Interpreter Services

## English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: 711)。

## Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: 711).

## Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

**1-800-443-0815** (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

## Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) 711):

## Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: 711).

## Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

## Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।

**1-800-443-0815** (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

### **Cambodian**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតថ្លៃ  
គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

### **Hmong**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj.  
Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

### **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।  
**1-800-443-0815** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

### **Thai**

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815**  
(TTY: **711**).

### **Farsi**

**توجه:** اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می  
باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

### **Arabic**

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم -  
**1-800-443-0815** (رقم هاتف الصم والبكم: **711**).





## Servicios a los miembros del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal

MÉTODO	Servicio a los Miembros – información de contacto
LLAME AL	<b>1-800-443-0815</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., el Servicio a los miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	<b>711</b> Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Oficina de Servicio a los miembros ubicada en un centro de la red (consulte el <b>Directorio de Proveedores</b> para obtener las ubicaciones).
SITIO WEB	<b>kp.org</b>

## Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud (Programa de ayuda para el seguro de salud del estado de California, *California's State Health Insurance Assistance Program, SHIP*)

El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud (*Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP*) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

MÉTODO	Información de contacto
LLAME AL	<b>1-800-434-0222</b>
LÍNEA TTY	<b>711</b>
ESCRIBA A	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	<b><a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></b>