

Evidencia de Cobertura

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y su cobertura para medicamentos de venta con receta como miembro del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North (HMO D-SNP)

Este folleto incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y de medicamentos de venta con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020. Aquí se explica cómo obtener la cobertura de servicios de atención para la salud y medicamentos de venta con receta que necesita. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, lo ofrece Kaiser Foundation Health Plan, Inc., región del norte de California (Health Plan). En esta **Evidencia de Cobertura**, las palabras “nosotros”, o “nuestro”, o sus equivalentes implícitos, se refieren al Health Plan. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se hace referencia al plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare y Medi-Cal (plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal).

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Si desea más información, 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**). Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

This document is available for free in Spanish. Si desea más información, 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 de la semana.

Si lo necesita, este documento está disponible en Braille, en letra grande y en cintas de audio. 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 o los copagos y/o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2021.

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

Evidencia de Cobertura de 2020

Índice

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

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro 1

Explica qué significa ser miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Le informa sobre los materiales que recibirá, la prima del plan, la tarjeta de membresía del plan y cómo actualizar su registro de membresía.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes 17

Incluye información sobre cómo comunicarse con nuestro plan (Senior Advantage Medicare y Medi-Cal) y con otras organizaciones, incluidas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos de venta con receta y la Junta de Jubilación para Ferrovianos.

CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener servicios médicos 32

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)..... 49

Ofrece detalles sobre qué tipo de atención médica está cubierta y cuál *no* está cubierta 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. Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos de venta con receta de la Parte D 121

Explica qué reglas debe seguir para obtener medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020** para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Incluye los tipos de medicamentos que *no* están cubiertos. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura de ciertos medicamentos. Explica dónde debe surtir las recetas médicas. Proporciona información acerca de los programas de seguridad y manejo de medicamentos que ofrece nuestro plan.

CAPÍTULO 6. Cuánto paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D 143

Incluye información sobre las cuatro etapas de cobertura para medicamentos (Etapas de Deducible, Etapa de Cobertura Inicial, Etapa de Intervalo en la Cobertura y Etapa de Cobertura para Catástrofes) y cómo estas etapas afectan lo que usted paga por sus medicamentos.

CAPÍTULO 7. Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 158

Explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura para solicitar un reembolso de nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.

CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades 165

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

CAPÍTULO 9. Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones la cobertura, apelaciones y quejas) 176

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 de venta con receta que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye cómo solicitar excepciones a las reglas o restricciones adicionales de su cobertura de medicamentos de venta con receta, o pedir la extensión de la cobertura de atención hospitalaria y de ciertos tipos de servicios médicos cuando piensa que su cobertura está finalizando muy pronto.
- Explica cómo presentar quejas 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 236

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

CAPÍTULO 11. Avisos legales 246

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

CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes 256

Explica los términos clave usados en este folleto.

CAPÍTULO 1. Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1.	Introducción	3
Sección 1.1	Usted está inscrito en el plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal, que es un plan Medicare Advantage especializado (plan para necesidades especiales)	3
Sección 1.2	¿Qué incluye el folleto Evidencia de Cobertura?	4
Sección 1.3	Información legal sobre la Evidencia de Cobertura.....	4
SECCIÓN 2.	¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	5
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 para Senior Advantage Medicare y Medi-Cal	6
Sección 2.5	Ciudadano estadounidense o presencia legal en Estados Unidos	7
SECCIÓN 3.	Los otros materiales que le enviaremos.....	8
Sección 3.1	Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para obtener todos los servicios de atención y de medicamentos recetados que tengan cobertura.....	8
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 cubiertos (lista de medicamentos recetados disponibles) de nuestro plan.....	10
Sección 3.5	La Explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D	10
SECCIÓN 4.	Su prima mensual de nuestro plan.....	11
Sección 4.1	¿Cuánto cuesta la prima de su plan?	11
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

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

SECCIÓN 1. Introducción

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

Usted está cubierto por Medicare y Medicaid:

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

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

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

Debido a que usted recibe ayuda de Medicaid con el costo compartido de Medicare Parte A y Parte B (deducibles, copagos y coseguro), es posible que no pague nada por los servicios de atención para la salud cubiertos por Medicare. Es posible que Medicaid también le proporcione otros beneficios al cubrir los servicios de atención para la salud, los medicamento de venta con receta, cuidados a largo plazo y/o servicios en el hogar o basados en la comunidad que no suelen estar cubiertos por Medicare. También puede recibir “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos de venta con receta de Medicare. Nuestro plan ayudará a administrar todos estos beneficios por usted, para que reciba los servicios de atención para la salud y la ayuda con los pagos a la que tiene derecho.

El plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare y Medi-Cal está administrado por una organización sin fines de lucro. Igual que todos los planes Medicare Advantage, es un plan para necesidades especiales de Medicare aprobado por Medicare. El plan también tiene un contrato con el programa Medi-Cal de California (Medicaid) para coordinar sus beneficios de Medicaid. Nos complace proporcionarle la cobertura de atención médica de Medicare, incluida la cobertura de sus medicamentos de venta con receta.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

La cobertura bajo este plan califica como cobertura de salud calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible y Protección del Paciente (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS), en <https://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> para obtener más información.

Sección 1.2 ¿Qué incluye el folleto Evidencia de Cobertura?

Este folleto de **Evidencia de Cobertura** le informa cómo usar nuestro plan para recibir su atención médica y de medicamentos de venta con receta de Medicare que cubre nuestro plan. Este folleto explica cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que tiene cobertura y lo que debe pagar como miembro de nuestro plan.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a los servicios y la atención médica, así como a los medicamentos de venta con receta 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 dedicar tiempo a 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 cómo cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020** y cualquier aviso que reciba de nosotros con respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que usted está inscrito en el plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

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 2020. También podemos elegir ya no ofrecer el plan u ofrecerlo en un área de servicio diferente después del 31 de diciembre de 2020.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

Cada año, Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) 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. ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Es elegible para la membresía en nuestro plan si:

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B (en la Sección 2.2, abajo, se informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- – y – vive en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.3, abajo, se describe nuestra área de servicio).
- – y – es ciudadano estadounidense o vive legalmente en Estados Unidos.
- – y – no tiene insuficiencia renal crónica en fase terminal (ESRD), con excepciones limitadas; por ejemplo, si la ESRD se detectó cuando usted ya era miembro de uno de nuestros planes o de otro plan que se canceló.
- – y – cumple con los requisitos de elegibilidad especiales descritos a continuación.

Requisitos de elegibilidad especiales para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades de personas que reciben ciertos beneficios de Medicaid. (Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a ciertas personas con bajos ingresos y recursos con el pago de los costos médicos). Para calificar para nuestro plan debe ser elegible para Medicare y tener beneficios completos de Medicaid.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde la elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que la recupere en un plazo de cuatro meses, entonces igualmente es elegible para la membresía en nuestro plan (la Sección 2.1 del Capítulo 4 incluye información sobre la cobertura y el costo compartido durante un período que se considera de elegibilidad continua).

Sección 2.2 ¿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 (servicios para pacientes hospitalizados), centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio.

- 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 de los gobiernos federal y estatal que ayuda a ciertas personas con bajos ingresos y recursos con el pago de los costos médicos. Cada estado decide qué cuenta como ingresos y recursos, quién es elegible, qué servicios están cubiertos y cuál es el costo de los servicios. Los estados también pueden decidir cómo administrar su programa, siempre que sigan las pautas federales.

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

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario con bajos ingresos especificado de Medicare (SLMB):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B. Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

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

Aunque Medicare es un programa federal, nuestro plan está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Debe seguir residiendo en el área de servicio del plan para continuar siendo miembro de nuestro plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Nuestra área de servicio incluye estos condados de California: **Alameda, Contra Costa, Marin, Napa, Sacramento, San Francisco, San Joaquin, San Mateo, Santa Cruz, Solano y Stanislaus.** Nuestra área de servicio incluye estas partes de 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, 9384 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, 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.

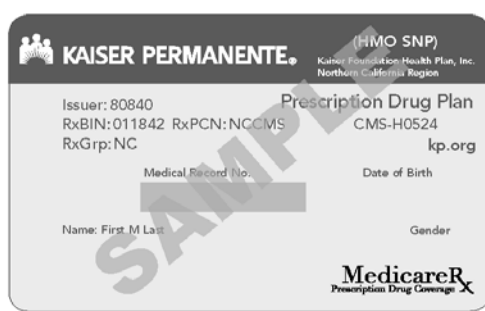
También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar los teléfonos y la información de contacto del Seguro Social en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.5 Ciudadano estadounidense o presencia legal en Estados Unidos

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos de Estados Unidos o vivir legalmente en el país. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) nos notificará si no es elegible para seguir siendo miembro de Kaiser Permanente sobre dicha base. Debemos cancelar su inscripción 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 la tarjeta de membresía de nuestro plan cada vez que reciba servicios que cubre nuestro plan y medicamentos de venta con receta que adquiera en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid. A continuación, se ofrece una tarjeta de membresía de muestra como la que recibirá:



Appointments and 24-hour health advice: 1-866-454-8855 (TTY 711)
Member Services: 1-800-443-0815 (TTY 711)
Submit claims: Kaiser Permanente Claims, P.O. Box 24010, Oakland,
CA 94623-1010, EDI Payor ID #: 94135
If you think you have a medical or psychiatric emergency, call 911 or go
to the nearest hospital. If you receive emergency care in a non-plan
hospital, please call us at 1-800-225-8883 (TTY 711) as soon as your
condition is stabilized so that a Kaiser Permanente physician can access
your medical information to discuss your care with the treating physician.
Your call to obtain authorization for post-stabilization care may also help
protect you from financial responsibility.
This card is for identification only. Possession of this card confers no right to services or
benefits unless the holder is a member complying
with all provisions of an applicable agreement. 01450-0026-C-NC022 (04/19)

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

La razón por la que esto es tan importante: Si mientras es miembro del plan, usa su 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 los proveedores de la red aceptan Medicare y Medicaid. En caso de que necesite un servicio no cubierto por nuestro plan que esté cubierto por

Medicaid, podríamos remitirlo a un organismo estatal de Medicaid para ubicar a un proveedor que no pertenece a la red que pueda proporcionarle atención no cubierta por Medicaid.

¿Qué son los “proveedores de la red”?

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

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

Es 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 que no pertenecen a 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, servicios que no pertenecen a 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**. 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 para 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. El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web, en **kp.org/directory**. También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información actualizada de los proveedores o pedirnos que le mandemos por correo un ejemplar del **Directorio de Farmacias**. Revise el **Directorio de Farmacias** de 2020 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. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web, en kp.org/directory.

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**. La llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar. Le indica qué medicamentos de venta con receta de la Parte D cubre el beneficio de la Parte D incluido en nuestro plan.

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, tiene algunos medicamentos de venta con receta cubiertos por sus beneficios de Medicaid. La Lista de Medicamentos le indica cómo saber qué medicamentos están cubiertos por Medicaid.

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

La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos. Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de Medicamentos. Si desea obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos tienen cobertura, puede visitar nuestro sitio web (kp.org/seniorrx) o llamar a la 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 (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D

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

En la **EOB de la Parte D**, se le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en sus medicamentos de venta con receta de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante el mes. El Capítulo 6 (“Lo que paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”) le brinda más información sobre la **EOB de la Parte D** y cómo puede ayudarlo a llevar un control de su cobertura de medicamentos.

También está disponible a solicitud expresa un resumen de la **EOB 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. Visite 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 de nuestro plan

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

Como miembro de nuestro plan, si ya no califica para la “Ayuda Adicional”, usted paga una prima mensual. Para 2020, la prima mensual de nuestro plan es de **\$31.10**. **Si califica para “Ayuda adicional” no paga 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 algunas situaciones, la prima del plan podría ser mayor

En algunas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor que el monto indicado anteriormente en esta sección. Esta situación se describe abajo:

- Algunos miembros de Kaiser Permanente tienen que pagar una **penalización por inscripción tardía** en la Parte D por no haberse inscrito en un plan de medicamentos de Medicare cuando fueron elegibles inicialmente o porque tuvieron un período consecutivo de 63 días o más sin cobertura “acreditable” de medicamentos de venta con receta. (“Acreditable” significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, al menos un monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). En el caso de estos miembros, la penalización 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 el monto de la penalización por inscripción tardía en la Parte D.
 - ♦ Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para el pago de sus medicamentos de venta con receta, no pagará la penalización por inscripción tardía.
 - ♦ Si alguna vez pierde el subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), estaría sujeto a la penalización por inscripción tardía mensual en la Parte D si alguna vez dejó de tener cobertura acreditada para medicamentos de venta con receta durante 63 días o más.
 - ♦ Si debe pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D, el costo de esta depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta.

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 explica en la Sección 2 anterior, para reunir los requisitos del plan, usted debe mantener la elegibilidad para Medicaid, Medicare Parte A y Medicare Parte B. Medicaid paga la prima de la Parte A (si no reúne los requisitos para obtenerla automáticamente) y la prima de la Parte B a la mayoría de los miembros de Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.

Si los ingresos brutos ajustados modificados según aparecen en su declaración de impuestos al IRS de hace dos años son superiores a un determinado monto, usted pagará el monto estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima.

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

En la copia de **Medicare y Usted 2020**, encontrará información sobre estas primas en la sección “Costos de Medicare 2020”. 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 2020** del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 4.2 Hay varias formas de pagar la prima del plan

Usted tiene tres formas de pagar la prima de su 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 optar por pagar con cheque y enviarnos directamente el pago de 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”, a más tardar, el último día del mes anterior al mes de cobertura a la siguiente dirección:

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

Nota: No puede hacer el pago en persona. Si su banco no cubre el pago, recibirá una factura de 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 del primer día del mes de la cobertura, le enviaremos un aviso para informarle el monto que adeuda. Tenemos derecho a cobrar las primas que usted nos adeude.

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.

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, la parte de la prima que tiene que pagar en algunos casos podría cambiar durante el año. Esto puede ocurrir si se vuelve elegible para el programa “Ayuda adicional” o pierde tal elegibilidad durante el año. Si un miembro de Kaiser Permanente reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional” con sus costos de medicamentos de venta con receta, el programa “Ayuda adicional” pagará una parte de su prima mensual del plan. Un miembro de Kaiser Permanente que pierda su elegibilidad para este beneficio durante el año tendrá que empezar a pagar el monto total de su prima mensual. Consulte más información sobre el programa de “Ayuda adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 5. Mantenga al día 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 médico de cabecera.

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 utiliza tienen cobertura y sus montos de costo compartido.** Por lo tanto, es muy importante que nos ayude a mantener esta información siempre actualizada.

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro aspecto de su cobertura de salud (como su empleador o el empleador de su cónyuge, el seguro de compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente de auto.
- Si es admitido en un hogar para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias de fuera del área o que no pertenece a la red.
- Si cambia la persona designada como responsable de usted (como un cuidador).
- 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 postal. Puede encontrar los teléfonos 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 tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que recibe de nuestro plan. (Consulte más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro en 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. Le pedimos que lea esta información detenidamente. 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. Protegemos su información médica personal tal como lo exige la ley.

Consulte más información sobre cómo protegemos su información médica personal en 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 grupal 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 queden sin cubrir por 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 grupal de empleadores o sindicatos:

- Si tiene cobertura para retirados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud grupal 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 usted tiene Medicare con base en la edad, incapacidad o insuficiencia renal terminal (ESRD):

- ♦ Si tiene menos de 65 años de edad y está incapacitado, y usted o un familiar sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
- ♦ Si tiene más de 65 años de edad y usted o su cónyuge siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a insuficiencia renal terminal (ESRD), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que se vuelva elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero por servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro de responsabilidad objetiva (incluye seguros de automóvil).
- Responsabilidad (incluye seguros de automóvil).
- Beneficios por neumoconiosis.
- Seguro de compensación del trabajador.

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

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). Tal vez necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que usted haya confirmado la identidad de estos), a fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1.	Contactos del plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare y Medi-Cal (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con el Servicio a los Miembros de nuestro plan)	18
SECCIÓN 2.	Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	22
SECCIÓN 3.	State Health Insurance Assistance Program (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	24
SECCIÓN 4.	Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que financia Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare)	24
SECCIÓN 5.	Seguro Social	25
SECCIÓN 6.	Medicaid (programa conjunto federal y estatal que ofrece ayuda financiera con costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos)	26
SECCIÓN 7.	Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos de venta con receta	28
SECCIÓN 8.	Cómo contactar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios	30

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

Cómo contactar al Servicio a los Miembros de nuestro plan

Si necesita ayuda con una reclamación o la facturación, o tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicio a los Miembros del plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal. Con gusto lo ayudaremos.

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

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja 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 sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

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

Método	Decisiones sobre la cobertura, apelaciones o quejas sobre la atención médica - Información de contacto
LLAME AL	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida , tal como describe el Capítulo 9, llame a la Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-7247 , de lunes a sábado, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida , envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al 1-888-987-2252 .
ESCRIBA A	• Para una decisión normal sobre la cobertura o una queja estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte las ubicaciones en el Directorio de Proveedores). • Para una apelación normal, escriba a la dirección indicada en el aviso de denegación que le enviamos. • Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, escriba a: Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta 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 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o realizar apelaciones sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 “Qué hacer si usted tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”. Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones acerca de la cobertura o apelaciones.

Método	Decisiones sobre la cobertura o apelaciones de los medicamentos de venta con receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-866-206-2973 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-206-2974
ESCRIBA A	Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Part D Unit P.O. Box 23170Oakland, CA 94623-0170
SITIO WEB	kp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja 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 sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D, vea el Capítulo 9 “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

Método	Quejas sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D - Información de contacto
LLAME AL	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada , llame a la Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973 , de 8:30 a. m. a 5 p. m., los 7 días de la semana. Consulte el Capítulo 9 para averiguar si su asunto reúne los requisitos para recibir una decisión rápida.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974 .
ESCRIBA A	• Para una queja estándar, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte las ubicaciones en el Directorio de Proveedores). • Si su queja reúne los requisitos para recibir una decisión rápida, escriba a: Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Part D Unit P.O. Box 23170 Oakland, CA 94623-0170
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o el medicamento que recibió

Consulte más información sobre las situaciones en que posiblemente tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor en el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Consulte más información en el Capítulo 9, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Nota: Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor de la red y que haya obtenido en una farmacia de la red, llame a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973 . De 8:30 a. m. a 5:00 p. m., los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Foundation Health Plan Claims Department P.O. Box 24010 Oakland, CA 94623-1010 Nota: Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor de la red, puede enviar por fax su solicitud al 1-866-206-2974 o escribimos a la (atención de: Part D Unit) P.O. Box 23170, Oakland, CA 94623-0170
SITIO WEB	kp.org

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

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

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

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

LÍNEA TTY	1-877-486-2048 Este número requiere 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.
SITIO WEB	https://www.medicare.gov Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene información sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos para imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: • Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos de venta con receta 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 sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • Informe a Medicare sobre su queja: Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. 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 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) , las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3. State Health Insurance Assistance Program (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. En California el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (HICAP).

HICAP opera de forma independiente (sin afiliación a ninguna compañía de seguros 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 ayudarle a conocer sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas 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	www.aging.ca.gov/HICAP/

SECCIÓN 4. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (que financia Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare)

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En 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 paga a esta organización para que verifique y ayude a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionada con nuestro plan.

Debe contactar con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibe.

- Cree que su cobertura de hospitalización finaliza antes de tiempo.
- Cree que su cobertura de atención médica a domicilio, de atención en centros de enfermería especializada o de servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finaliza muy pronto.

Método	Livanta (Organización para la Mejora de la Calidad de California) – información de contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 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.
LÍNEA TTY	1-855-887-6668 Este número requiere un equipo de teléfono especial y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com/en

SECCIÓN 5. Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de una persona para Medicare y gestionar su inscripción en Medicare. Son elegibles para Medicare los ciudadanos y residentes legales permanentes de Estados Unidos que tengan 65 años de edad o más, o que tengan una incapacidad o insuficiencia renal terminal y cumplan con ciertas condiciones. Si ya recibe cheques del Seguro Social, es inscrito automáticamente en Medicare. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. El 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 debido a que tiene ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social indicándole que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre este monto, 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.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se lo comunique al Seguro Social.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Método	Seguro Social: información de contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 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 automatizados del Seguro Social las 24 horas del día para escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
LÍNEA TTY	1-800-325-0778 Este número requiere 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.
SITIO WEB	https://www.ssa.gov

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

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a ciertas personas con bajos ingresos y recursos con el pago de los costos médicos.

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

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunos QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario con bajos ingresos especificado de Medicare (SLMB):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B. Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).

Si tiene alguna pregunta sobre la asistencia que recibe de Medicaid, comuníquese con Medi-Cal (Medicaid).

Método	Medi-Cal (programa de Medicaid para California) – información de contacto
LLAME AL	1-800-541-5555 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m.
LÍNEA TTY	711 Este número requiere un equipo de teléfono especial y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBA A	California Department of Health Care Services P.O. Box 997417, MS 4607 Sacramento, CA 95899-7417
SITIO WEB	http://www.cdss.ca.gov

La Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Servicios de Salud de California ayuda a las personas inscritas en Medicaid con problemas de servicios o de facturación. Pueden ayudarle si desea presentar una queja formal o apelación ante nuestro plan.

Método	Oficina del Defensor del Pueblo del Departamento de Servicios de Salud de California: información de contacto
LLAME AL	1-888-452-8609 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos estatales.
LÍNEA TTY	711
SITIO WEB	http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/Ombudsman.aspx

El Programa del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo del Estado de California ayuda a las personas a obtener información sobre hogares para ancianos y a resolver problemas entre los hogares para ancianos y los residentes o sus familias.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Método	Programa de Cuidados a Largo Plazo del Defensor del Pueblo del Estado de California: información de contacto
LLAME AL	1-800-510-2020 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
ESCRIBA A	El programa de Cuidados a Largo Plazo del Defensor del Pueblo de Cuidados a Largo Plazo de su condado.
SITIO WEB	http://www.aging.ca.gov/Programs/LTCOP/

SECCIÓN 7. Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos de venta con receta

Programa “Ayuda adicional” de Medicare

Como es elegible para Medicaid, califica para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta. No es necesario que haga nada más para recibir esta “Ayuda adicional”. Si tiene preguntas sobre la “Ayuda Adicional”, llame a alguno de los siguientes números:

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

Si cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando recibe sus recetas médicas en una farmacia, nuestro plan ha establecido un proceso que le permite solicitar ayuda 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, 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 un documento expedido por el estado que contenga su información de elegibilidad relacionada con los Servicios en el Hogar y la Comunidad.

Es posible que usted o su representante autorizado tengan que 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 Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) actualicen los registros para que reflejen su estado actual. Una vez que los CMS actualicen sus registros, ya no necesitará presentar la evidencia en la farmacia.

Debe presentar su prueba en una de las siguientes formas para poder remitirla a CMS para la actualización:

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407
- Envíela por fax al **1-877-528-8579**.
- 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 la prueba que demuestra 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 excesivo o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y procesa su copago como una deuda, podemos realizar directamente el pago 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 (ADAP)? ¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

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 de venta con receta 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. Nota: A fin de ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluida una prueba de residencia en el estado y de su estado relativo al VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y no tener seguro o que su seguro sea insuficiente.

Si está inscrito actualmente en un ADAP, este programa puede seguir proporcionándole la ayuda con costos compartidos de recetas médicas de Medicare Parte D para medicamentos en la lista de medicamentos recetados disponibles del ADAP. A fin de asegurarse de continuar recibiendo esta asistencia, notifique al representante local de inscripción del ADAP los cambios en el nombre de su plan de Medicare Parte D o su número de póliza. Llame a la Central de Llamadas de ADAP al **1-844-421-7050** de lunes a viernes, entre las 8 a. m. y las 5 p. m. (excepto los días festivos).

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame a la Central de Llamadas de ADAP al **1-844-421-7050** entre las 8 a. m. y las 5 p. m. (excepto los días festivos).

¿Qué sucede si participa en el programa “Ayuda adicional” de Medicare para obtener ayuda con el pago los costos de medicamentos de venta con receta? ¿Puede recibir los descuentos?

La mayoría de nuestros miembros reciben la “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar los costos del plan de medicamentos de venta con receta. Si recibe “Ayuda adicional”, el Programa de descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare no aplica en su caso. Si recibe “Ayuda adicional”, ya tiene cobertura para los costos de medicamentos de venta con receta durante la etapa de intervalo en la cobertura.

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

Si considera que ya llegó a la etapa de intervalo en la cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su aviso siguiente de la **Explicación de beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)**. Si el descuento no aparece en su **Explicación de beneficios de la Parte D**, debe contactarnos para asegurarse de que los registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Puede apelar si estamos en desacuerdo con que tenga derecho a un descuento. Puede obtener ayuda si presenta una apelación ante el State Health Insurance Assistance Program (SHIP) (los números de teléfono se incluyen en la Sección 3 de este capítulo) o llama al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 8. Cómo contactar a la Junta de Jubilación para Ferroviarios

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

Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios: información de contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número no tienen costo. Si oprime “0” puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios de las 9:00 a. m. a las 3:30 p. m., lunes, martes, jueves y viernes y de 9 a. m. a 12 p. m. los miércoles. Si oprime “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios y a la información grabada las 24 horas del día, incluidos fines de semana y festivos.
LÍNEA TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo de teléfono especial y el servicio es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
SITIO WEB	https://secure.rrb.gov

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

SECCIÓN 1.	Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan.....	34
Sección 1.1	¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?	34
Sección 1.2	Reglas básicas para obtener su atención médica que cubre nuestro plan	34
SECCIÓN 2.	Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red	36
Sección 2.1	Debe escoger un médico de cabecera (PCP) para que le proporcione y coordine su atención.	36
Sección 2.2	¿Qué tipo de atención médica no necesita la aprobación previa de su médico de cabecera?	37
Sección 2.3	Cómo obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red	37
Sección 2.4	Cómo obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red	40
SECCIÓN 3.	Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre	41
Sección 3.1	Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica	41
Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios	42
Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre	43
SECCIÓN 4.	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	44
Sección 4.1	Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de servicios cubiertos	44
Sección 4.2	¿Qué debo hacer si un servicio no está cubierto por nuestro plan?	44
SECCIÓN 5.	¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	45
Sección 5.1	¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?	45
Sección 5.2	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?	46

SECCIÓN 6.	Reglas para obtener atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de salud”	47
Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de salud?	47
Sección 6.2	¿Cuál atención que proporcionan instituciones religiosas no médicas de cuidado de salud tiene cobertura del plan?	47
SECCIÓN 7.	Reglas de titularidad del equipo médico duradero	48
Sección 7.1	¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan?	48

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 su atención médica cubierta. Le ofrece definiciones de términos y le explica las reglas que debe seguir para tener acceso a tratamientos y servicios médicos y a otros tipos de atención médica que tienen cobertura en nuestro plan.

Consulte más información sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando reciba esta atención en el Cuadro de beneficios que aparece en el capítulo siguiente, el Capítulo 4, “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”.

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

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

- **“Proveedores”** son los médicos y otros profesionales de atención médica que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de la atención médica, grupos médicos, hospitales y centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y su costo compartido como pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente la atención que usted recibe. Cuando visita a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de los servicios cubiertos.
- **“Servicios cubiertos”** incluye toda la atención médica, servicios de atención para la salud, suministros y equipo que cubre 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 su atención médica que cubre nuestro plan

Como plan de salud de Medicare, nuestro plan debe cubrir todos los servicios que cubre 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** (este cuadro se incluye en el Capítulo 4 de este folleto).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria.** “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

- **Tiene un médico de cabecera (PCP) de la red**, que le brinda atención médica y la supervisa. Como miembro de nuestro plan, le alentamos a que escoja un médico de cabecera de la red (vea más información al respecto en la Sección 2.1 de este capítulo).
 - ♦ En la mayoría de los casos, su médico de cabecera 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 médica a domicilio. Esto se llama darle una “referencia” (para más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
 - ♦ No necesita una referencia de su médico de cabecera para recibir atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de la aprobación por adelantado de su médico de cabecera (consulte más información al respecto en la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención de un proveedor de la red** (consulte más información sobre esto en la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor que no pertenece a la red (es decir, que no parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. He aquí tres excepciones:
 - ♦ Cubrimos la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que reciba de un proveedor que no pertenece a 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 que no pertenece a la red, si nuestro Grupo Médico autoriza los servicios antes de que reciba la atención. Si utiliza esta opción, deberá pagar el mismo monto que pagaría si recibiese la atención de un proveedor de la red. Consulte en la Sección 2.3 de este capítulo la información sobre cómo obtener la aprobación para acudir a un médico que no pertenece a la red.
 - ♦ Cubrimos los servicios de diálisis que recibe en los centros de diálisis certificados por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.

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

Sección 2.1 Debe escoger un médico de cabecera (PCP) para que le proporcione y coordine su atención.

¿Qué es un “médico de cabecera” y qué hace por usted?

Como miembro, puede escoger cualquier proveedor de la red que esté disponible para que sea su médico de cabecera. Su médico de cabecera es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención primaria. En algunos centros de atención de la red, si lo prefiere, puede elegir un profesional médico enfermero o un auxiliar médico para que sea su médico de cabecera. Como se explica a continuación, recibirá la atención básica y de rutina de su médico de cabecera. Su médico de cabecera 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 médico de cabecera (es decir, obtener una “referencia” para un especialista).

Su médico de cabecera 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 médico de cabecera (por ejemplo, si necesita consultar a un especialista). En algunos casos, su médico de cabecera 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 médico de cabecera?

En cualquier momento, puede elegir un médico de cabecera 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 médico de cabecera. Usted puede cambiar su médico de cabecera por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, es posible que su médico de cabecera deje nuestra red de proveedores y tenga que elegir un nuevo médico de cabecera.

Para elegir o cambiar un médico de cabecera, 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 **mydoctor/connect**. Además, su **Directorio de Proveedores** le ofrece más información sobre la selección de su médico de cabecera. Su nueva elección entrará en vigencia de inmediato. Si hay un especialista u hospital de la red en concreto que quiera utilizar, compruebe primero que su médico de cabecera haga referencias a ese especialista o use 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).

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

Puede recibir los servicios mencionados abajo sin necesidad de obtener una aprobación por adelantado de su médico de cabecera:

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes ginecológicos, 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 que no pertenecen a la red.
- Servicios necesarios con urgencia prestados por proveedores de la red, o por proveedores que no pertenecen a 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 ayudarlo 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 en algunos casos de 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 de detección, 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. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Oncólogos, que atienden a pacientes con cáncer.
- Cardiólogos, que atienden a pacientes con enfermedades cardíacas.
- Ortopedistas, que atienden a pacientes con determinadas condiciones de los huesos, músculos o articulaciones.

Referencias de su médico de cabecera

En general, su médico de cabecera se encarga de la mayoría de sus necesidades de atención médica de rutina. Hay solo unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta, sin contar con la aprobación previa de su médico de cabecera, que se describen en la Sección 2.2 de este capítulo. Cuando su médico de cabecera receta un tratamiento especializado, le dará una referencia para consultar con un especialista de la red u otros proveedores de la red, según sea necesario. Si un médico de la red le remite a un especialista, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia abierta si se le receta atención permanente del especialista. Por ejemplo, si tiene una enfermedad que ponga en riesgo su vida, o es degenerativa o discapacitante, puede obtener una referencia 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 la red tendrá que obtener la aprobación por anticipado de nuestro plan o el Grupo Médico (esto se llama obtener una “autorización previa”). Solo médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización.

- Si su médico de cabecera 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 que no pertenece a 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 que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se receta atención continua. Por favor pregunte a su médico de la red qué servicios han sido autorizados. Si el especialista que no pertenece a la red necesita que regrese para recibir más atención, asegúrese de comprobar si la referencia cubre más visitas al especialista. En caso de que no sea así, contacte a su proveedor de la red.
- Después de que se nos notifique que necesita **cuidados posestabilización** de un proveedor que no pertenece a la red tras recibir atención de emergencia, conversaremos sobre su condición con dicho proveedor. Si decidimos que usted necesita cuidados posestabilización y que estarían cubiertos si los recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos su atención con un proveedor que no pertenece a la red solo si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Consulte más información en la Sección 3.1 de este capítulo.
- **Cirugía de cambio de sexo** médicamente necesaria y procedimientos relacionados.
- Atención de una **institución religiosa no médica de cuidado de salud** que se describe en la Sección 6 de este capítulo.

- Si el proveedor de la red le hace una referencia 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. Nota: Un médico de la red puede brindar o autorizar un trasplante de córnea sin seguir este 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 las heridas incluye el uso de las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. Un grupo de trabajo clínico y operacional interdisciplinario desarrolló estas pautas con la revisión y la opinión de médicos de la red y profesionales médicos con experiencia clínica. Las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles en un hospital se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en las tecnologías y prácticas médicas. Si el médico de la red le receta uno de estos artículos, presentará una referencia por escrito a nuestro coordinador del equipo médico duradero del hospital. Si las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles o las de Medicare no especifican que el artículo recetado es adecuado para su condición médica, se presentará la referencia al médico del Grupo Médico designado por la red, 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 el Grupo Médico 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 el Grupo Médico 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 la solicitud 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.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

¿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. Aunque son diversas las razones por las que su proveedor podría dejar su plan, 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 avisarle al menos con 30 días de anticipación de que su proveedor dejará nuestro plan, para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado que siga encargándose de sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento médicamente necesario que esté recibiendo y colaboraremos con usted para asegurarnos de que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace 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, 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 ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor y a gestionar su atención.

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

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

- Servicios necesarios con urgencia o en situaciones de emergencia que recibe de un proveedor que no pertenece a 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.
- El Grupo Médico autoriza una referencia a un proveedor que no pertenece a 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 de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura** de los proveedores designados en esa área de servicio. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o a nuestra línea de Atención lejos de casa para viajeros 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 sobre cómo recibir atención cuando visite el área de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y ubicaciones de los centros de atención en el Distrito de Columbia y partes del sur de California, Colorado, Georgia, Hawái, Maryland, Oregón, 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 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 condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo antes posible.** Llame al **911** o vaya a la sala de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia, si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación previa ni una referencia de su médico de cabecera.
- **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 cubierta cuando la necesite, tanto dentro como fuera de los Estados Unidos. Cubrimos los servicios de ambulancia cuando el traslado a la sala de emergencia por cualquier otro medio pondría en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios del Capítulo 4 de este folleto.

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta cuando la necesite (incluida una ambulancia) en cualquier parte del mundo. Sin embargo, es posible que tenga que pagar los servicios y presentar una reclamaciones para obtener reembolso (consulte más información en el Capítulo 7).

Si tiene una emergencia, hablaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia para ayudar a coordinar su atención y darle seguimiento. Los médicos que le proporcionan la atención de emergencia serán quienes determinen si su condición se estabiliza y si la emergencia médica ha pasado.

Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Cubriremos sus cuidados posestabilización de seguimiento de acuerdo con las pautas de Medicare. Si recibe atención de emergencia de proveedores que no pertenecen a la red, haremos arreglos para que proveedores de la red le brinden atención médica lo antes posible, si su condición médica y las circunstancias lo permiten. Si usted necesita cuidados posestabilización de un proveedor que no pertenece a la red, es muy importante que su proveedor nos llame para obtener su autorización previa antes de que los reciba. En la mayor parte de los casos, solo deberá hacerse cargo de los gastos si recibe una notificación 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 lo que se tiene es una emergencia médica. Por ejemplo, podría solicitar atención de emergencia porque cree que su salud está en grave peligro y luego el médico le dice que, después de todo, no era una emergencia médica. Si no se trataba de una emergencia, cubriremos su atención si pensó 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 en una de estas dos formas:

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

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

¿Qué son los “servicios necesarios con urgencia”?

Los “servicios necesarios con urgencia” son una enfermedad, lesión o trastorno **imprevistos** que, sin ser de emergencia, requieren atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, una recaída imprevista de una condición conocida que tenga.

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

Siempre debe tratar de obtener los servicios necesarios con urgencia de proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o accesibles temporalmente, y no es 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 que no pertenece a la red.

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarle. Nuestros enfermeros de consulta son enfermeros titulados con capacitación especial para ayudar a evaluar síntomas médicos y proporcionar sugerencias por teléfono, siempre que sea médicamente apropiado. Ya sea que llame para pedir orientación o hacer una cita, puede hablar con un enfermero de consulta. 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 de consulta o hacer una cita, busque en su **Directorio de proveedores** los números de teléfono para hacer citas y obtener orientación.

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

Cuando está fuera del área de servicio y no puede obtener atención de un proveedor de la red, cubriremos los servicios necesarios con urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre los servicios de atención de urgencia y de emergencia internacionales fuera de Estados Unidos bajo las siguientes circunstancias:

- Usted se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Los servicios eran necesarios para tratar una lesión o enfermedad imprevisible para prevenir un deterioro importante de su salud.
- No era razonable demorar el tratamiento hasta que regresara a nuestra área de servicio.
- Los servicios habrían estado cubiertos si los hubiera recibido de un proveedor de la red.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o el presidente de los Estados Unidos declara un estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, sigue teniendo derecho a recibir atención por nuestra parte.

Visite el sitio web —**kp.org**— para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

En términos generales, durante un desastre, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red al costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, puede surtir sus medicamentos de venta con receta en una farmacia que no pertenece a la red. Consulte más información en la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte de los costos de servicios cubiertos

Si paga más que su parte de los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de un servicio médico cubierto, consulte información sobre qué debe hacer en el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

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

Cubrimos todos los servicios médicos médicamente necesarios que se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos (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 se trate de servicios cubiertos del plan o porque los obtuvo en un lugar que no pertenece a la red y no fueron autorizados.

Si tiene preguntas sobre si pagaremos cualquier servicio o atención médica que está pensando recibir, tiene el derecho a preguntarnos si lo cubriremos antes de recibirlo. También tiene el 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 tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)” 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 de bolsillo máximos. 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, es posible que lo cubra 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. ¿Cómo se cubren 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, como la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Evalúan estos nuevos medicamentos o procedimientos de atención médica con la ayuda de voluntarios. Este tipo de estudio es una de las etapas finales del proceso de investigación y ayuda a los médicos y científicos a 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 deben aprobar primero el estudio de investigación. Si 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 aprueban 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 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 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 nuestra aprobación o la de su médico de cabecera 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 su participación.

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?

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

- Alojamiento y comida para una hospitalización por la que Medicare pagaría incluso si 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 del nuevo tipo de atención.

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

- Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará por los servicios que reciba como parte del estudio el mismo monto que pagaría si recibiese estos servicios de nuestro plan.

Le ofrecemos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Suponga que le realizan un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Suponga también que su parte de los costos de este análisis es de \$20 bajo Original Medicare, pero el análisis costaría \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por el análisis y nosotros pagaríamos otros \$10. Esto significa que usted pagaría \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro 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 más información sobre la presentación de solicitudes de pago en el Capítulo 7.

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

- En general, Medicare no pagará el artículo o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que tuviera 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 reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (TC) mensuales que formen parte del estudio si el tratamiento de su condición médica solo requeriría normalmente una tomografía computarizada (TC).

¿Desea saber más?

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

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

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

Una institución religiosa no médica de cuidado de salud es un centro que proporciona atención para el tratamiento de una condición que se trataría de ordinario en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o un centro de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro de Kaiser Permanente, proporcionaremos en cambio cobertura para recibir cuidados en una institución religiosa no médica de cuidado de salud. Usted puede elegir recibir atención médica en cualquier momento y por cualquier motivo. Este beneficio se ofrece solo para los servicios a pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención para la salud no médicos). Medicare pagará los servicios de atención para la salud no médicos solo si se reciben en una institución religiosa no médica de cuidado de salud.

Sección 6.2 ¿Cuál atención que proporcionan instituciones religiosas no médicas de cuidado de salud tiene cobertura del plan?

Debe firmar un documento legal para indicar que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico que sea “no excluido” a fin de recibir atención en una institución religiosa no médica de cuidado de salud.

- Atención o tratamiento médico “no excluido” se refiere a cualquier tipo de tratamiento o atención médica voluntario, que no es obligatorio conforme a una ley local, estatal o federal.
- Tratamiento médico “excluido” es la atención o el tratamiento médicos que recibe de forma involuntaria o que es obligatorio conforme a una ley local, estatal o federal.

La atención que reciba en una institución religiosa no médica de cuidado de salud debe cumplir con las condiciones siguientes para que la cubra nuestro plan:

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe por nuestro plan se limita al aspecto no religioso de la atención.

- Si recibe los servicios de esta institución en un centro de atención, se aplican las condiciones siguientes:
 - ♦ Debe tener una condición médica que le permitiría recibir servicios cubiertos de hospital como paciente hospitalizado o de un centro de enfermería especializada.
 - ♦ – y– debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de que ingrese en el centro de atención, o no se cubrirá su estancia.

Nota: Los servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y requisitos de costo compartido que los servicios que brindan proveedores de la red, como se describe en los Capítulos 4 y 12.

SECCIÓN 7. Reglas de titularidad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de realizar un cierto número de pagos bajo nuestro plan?

El equipo médico duradero (DME) incluye artículos como los suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andaderas, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para pacientes con diabetes, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital que ordena un proveedor para uso en el hogar. Ciertos artículos, tales como las prótesis, son siempre propiedad del miembro de Kaiser Permanente. En esta sección, comentamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan determinados tipos de DME son dueñas del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan no adquirirá la titularidad de los artículos de DME 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 si cambia a Original Medicare?

Si no adquirió la titularidad del artículo de DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos más después de cambiarse a Original Medicare para ser titular del artículo. Los pagos que realizó mientras estuvo en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos consecutivos.

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

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

SECCIÓN 1.	Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos.....	50
Sección 1.1	Tipos de gastos de bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos.....	50
Sección 1.2	¿Cuál es el importe máximo que pagará por servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?	50
SECCIÓN 2.	Vea en este Cuadro de Beneficios los servicios que están cubiertos y cuánto debe pagar.	51
Sección 2.1	Sus beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan	51
SECCIÓN 3.	Qué servicios están cubiertos fuera de nuestro plan.....	106
Sección 3.1	Servicios que <i>no</i> cubre nuestro plan	106
SECCIÓN 4.	¿Qué medicamentos no tienen cobertura de nuestro plan?	107
Sección 4.1	Servicios que <i>no</i> cubre nuestro plan (exclusiones)	107

SECCIÓN 1. Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

Este capítulo se centra en los servicios que están cubiertos y lo que paga por estos servicios. Se incluye un Cuadro de Beneficios, en el que se enumeran los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Más adelante en este mismo capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no tienen cobertura y los límites que se aplican a ciertos servicios. 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 médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y responsabilidad civil de terceros).

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que tal vez pague por sus servicios cubiertos

Para entender la información sobre los pagos que se incluye en este capítulo, primero debe saber los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar para recibir servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Hace el copago en el momento de recibir el servicio médico, salvo que no cobremos todo el costo compartido en ese momento y le enviemos la factura más tarde. (En el Cuadro de Beneficios de la Sección 2, encontrará más información acerca de los copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico, salvo que no cobremos todo el costo compartido en ese momento y le enviemos la factura más tarde. (En el Cuadro de Beneficios de la Sección 2, encontrará más información acerca del coseguro).

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

Nota: Como nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos de bolsillo máximos. Usted no es responsable del pago de ningún gasto de bolsillo para cubrir el monto de gastos de bolsillo máximos por servicios cubiertos de las Partes A y B.

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto de los gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que cubren Medicare Parte A y Parte B (consulte el Cuadro de Beneficios en la Sección 2, más adelante). Este límite se llama el monto de gastos de bolsillo máximos por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el tope de gastos de bolsillo que deberá pagar por servicios dentro de la red que tienen cobertura de Medicare Parte A y Parte B en 2020 es **\$3,400**. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red cuentan para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por sus primas del plan y por los medicamentos de venta con receta de la Parte D no cuentan para el monto de gastos de bolsillo máximos. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan respecto al monto de gastos de bolsillo máximos. Estos servicios están señalados con un asterisco (**) en el Cuadro de Beneficios. Si alcanza el monto máximo de los gastos de bolsillo de **\$3,400**, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

SECCIÓN 2. Vea en este Cuadro de Beneficios los servicios que están cubiertos y cuánto debe pagar.

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

El Cuadro de Beneficios que aparece en las siguientes páginas indica qué servicios cubrimos y qué gastos de 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 se deben proporcionar de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica y los servicios, suministros y equipos) deben ser médicamente necesarios. “Médicamente necesaria” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen con 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 que no pertenece a la red. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre los requisitos para usar proveedores de la red y sobre las situaciones en que cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Tiene un médico de cabecera (PCP) que proporciona y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su médico de cabecera debe darle su aprobación por anticipado, antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red de nuestro plan. Esto se conoce como “referencia”. En el Capítulo 3, se proporciona más información sobre cómo obtener una referencia y en cuáles situaciones no necesita una referencia.

- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios están cubiertos solamente si el médico u otro proveedor de la red obtiene la aprobación por adelantado (a veces, se la llama “autorización previa”) de nuestra parte. Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en el Cuadro de Beneficios con una nota al pie de página (†). Además, consulte en la Sección 2.2 de este capítulo y la Sección 2.3 del Capítulo 3 más información sobre la autorización previa, lo que incluye otros servicios que requieren autorización previa y no se mencionan en el Cuadro de Beneficios.

Otros aspectos importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Está cubierto por Medicare y Medicaid. Medicare cubre la atención médica y los medicamentos de venta con receta. Medicaid cubre sus costos compartidos por servicios de Medicare. Medicaid también cubre los servicios que no cubre Medicare.
- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted 2020**. 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 TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).
- 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 vigilancia de una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido por la atención recibida para la condición médica existente.
- En ocasiones, Medicare añade cobertura bajo Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del periodo de cuatro meses de nuestro plan considerado de elegibilidad continua, seguiremos proporcionándole todos los beneficios de Medicare cubiertos por el plan Medicare Advantage. Sin embargo, durante este tiempo, deberá consultar con Medicaid para averiguar si Medicaid cubrirá alguno o ninguno de los servicios que no cubre nuestro plan. También podrán cambiar los costos compartidos para los medicamentos de la Parte D y las primas que paga. Los montos de los costos compartidos de Medicare para los beneficios básicos y suplementarios de Medicare no cambian durante este tiempo.

Usted no paga nada por los servicios que se mencionan en el Cuadro de Beneficios, siempre que cumpla los requisitos de cobertura indicados anteriormente.

 Encontrará esta manzana junto a los servicios preventivos que aparecen en el Cuadro de Beneficios.

Para ver un resumen de los beneficios y costos compartidos de Medi-Cal (Medicaid), 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
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una sola prueba de detección por ecografía para personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de su médico, asistente médico, enfermero practicante o enfermero clínico especialista.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que son elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de ambulancia • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen traslado en avión, helicóptero o por tierra hasta el centro de atención adecuado más cercano que pueda brindar atención a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte pondrían en peligro su salud, o si los autoriza nuestro plan. • También cubrimos los servicios de una ambulancia certificada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluso el transporte a través del sistema de respuesta de emergencias 911, cuando esté disponible) si se considera, dentro de lo razonable, que presenta una condición médica de emergencia y que su condición necesita el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia. • Puede que necesite presentar una reclamación de reembolso salvo que el proveedor acepte facturarnos a nosotros (consulte el Capítulo 7). • El traslado que no es de emergencia en ambulancia se considera apropiado si se documenta que la condición médica del miembro es de tal magnitud que otros medios de transporte pueden poner en peligro su salud y que el traslado en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.	\$200 por traslado sencillo*
 Visita de bienestar anual	No hay coseguro, copago ni deducible por la visita para el bienestar anual.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede tener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado, basado en su salud y en los factores de riesgo vigentes. Se cubre una vez cada 12 meses. Nota: Su primera visita de bienestar anual no se puede realizar en los 12 meses siguientes su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”. Sin embargo, no necesita haber tenido la visita de “Bienvenida a Medicare” para tener cobertura de visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	
 Densitometría ósea 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por la densitometría ósea cubierta por Medicare.
 Examen de detección de cáncer de seno (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años de edad. • Una mamografía de detección cada 12 meses en mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de los senos una vez cada 24 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con 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.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
 Visita de reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una visita anual con su médico de cabecera para ayudarlo a disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, su médico podría comentarle el uso de la aspirina (si corresponde), revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se alimente saludablemente.	No hay coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de la enfermedad cardiovascular de terapia del comportamiento intensiva.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías que se acompañan de riesgo alto de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren una vez cada 5 años.
 Exámenes de detección del cáncer vaginal y del cuello uterino Los servicios cubiertos incluyen: • En todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene riesgo alto de cáncer vaginal o del cuello uterino, o está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por los exámenes ginecológicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos† Los servicios cubiertos incluyen: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. Estos servicios cubiertos por Medicare tienen cobertura cuando los brinda un proveedor de la red o un quiropráctico cuando es remitido por un proveedor de la red.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
 Examen de detección de cáncer colorrectal Las personas a partir de los 50 años de edad tienen cobertura para: • Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. • Uno de los siguientes, cada 12 meses: ♦ Prueba de sangre oculta en materia fecal basada en guayaco (gFOBT). ♦ Prueba inmunoquímica fecal (FIT): • Prueba de detección colorrectal basada en el ADN cada 3 años. • En el caso de personas con riesgo alto de cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección (o un enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses. • En el caso de personas sin riesgo alto 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.
Servicios dentales En general, Original Medicare no cubre los servicios de atención preventiva dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y rayos-X dentales). Ofrecemos cobertura para: Health Plan tiene un acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle el programa DeltaCare® USA Dental HMO. DeltaCare USA proporciona atención dental integral a través de una red de dentistas contratados por Delta Dental para proporcionar servicios dentales. Para obtener información sobre los proveedores dentales, consulte el Directorio de Proveedores Dentales.	Sin cargo por los servicios cubiertos descritos en la sección “Atención dental (programa DeltaCare USA Dental HMO)” al final de este cuadro.
 Prueba de detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión anual. La prueba de detección se debe realizar en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o referencias.	No hay coseguro, copago ni deducible por una visita anual de detección de la depresión.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
 Detección de la diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayuno) si tiene alguno de los factores de riesgo siguientes: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar en la sangre (glucosa). Las pruebas también se cubrirían si reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Con base en los resultados de estas pruebas, podría ser elegible para hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.	No hay coseguro, copago ni deducible por pruebas de detección de la diabetes cubiertas por Medicare.
Suministros y servicios para el diabético y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (usuarios de insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: †Suministros para monitorear su glucosa en la sangre: monitor de glucosa, 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 los monitores. †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 y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación.	Sin cargo
 La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones. †Nota: 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 y aprobado por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio preventivo de capacitación para autocontrol de la diabetes.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (Consulte la definición de “equipo médico duradero” en el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión IV, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no trabaja una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.	*20 % de coseguro
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que: • Brinda un proveedor calificado para suministrar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. Una emergencia médica es una situación en la que usted, o cualquier otra persona 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 condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios de proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red. Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.	Sin cargo †Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención como paciente hospitalizado después de que se estabiliza su condición de emergencia, debe trasladarse a un hospital de la red para mantener la cobertura de la atención que reciba, o debe obtener autorización del plan para recibir su atención como paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
 Programas de educación de salud y bienestar Como parte de nuestros programas para un estilo de vida saludable, nuestro plan cubre una serie de clases de educación para la salud de grupo que incluyen: corazón saludable, vivir con condiciones crónicas y depresión. Los programas para un estilo de vida saludable son proporcionados por un educador de salud certificado u otro profesional de la salud calificado. 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. Para obtener más información sobre programas, materiales y asesoramiento en educación para la salud, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud más cercano, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio en Internet kp.org.	Sin cargo
Servicios para la audición Las evaluaciones diagnósticas de la audición y del equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención a pacientes ambulatorios cuando las suministra un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Sin cargo
 Prueba de detección del VIH • En personas que solicitan una prueba de detección del VIH o en riesgo alto de tener infección por VIH, cubriremos una prueba de detección cada 12 meses. • En mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres pruebas de detección durante un embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Cuidados de una agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que necesita los servicios y ordenará que una agencia de atención médica a domicilio proporcione dichos servicios médicos a domicilio. Debe ser una persona confinada en casa, lo cual significa que salir de casa implica un esfuerzo importante. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domicilio. Los servicios combinados de enfermería especializada y de un auxiliar de atención médica domicilio deben sumar menos de 8 horas al día y menos de 35 horas a la semana para que los cubra el beneficio de atención médica a domicilio. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios sociales y médicos. • Suministros y equipo médico.	Sin cargo
Terapia de infusiones en el hogar† Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes: • Su medicamento de venta con receta está en nuestra Lista de Medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento de venta con receta para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar.	Sin cargo
Cuidados paliativos 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 han emitido un pronóstico terminal, que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses de vida o menos si su enfermedad avanza a su ritmo normal. El médico que proporciona los cuidados paliativos puede pertenecer o no a la red.	Quando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, Original Medicare, no nuestro plan, paga los costos de dichos servicios y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico de enfermedad terminal.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención en el hogar. Servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (no nuestro plan) pagará los servicios de cuidados paliativos y todo servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios que cubra. Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni son necesarios con urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo que deberá pagar por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan por los servicios de la red. • Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, usted paga el costo compartido en virtud del “pago por servicio” de Medicare (Original Medicare). Servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B: Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios. En el caso de medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Los medicamentos no están nunca cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte más información en la Sección 9.4 del Capítulo 5, “¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?”.	
---	--

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios. 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.	
 Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias. • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene riesgo intermedio o alto de contraer esta enfermedad. • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumple con las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También ofrecemos cobertura para algunas vacunas a través de nuestro beneficio de medicamentos de venta con receta de la Parte D.	No hay coseguro, copago ni deducible por las vacunas de la neumonía, la influenza y la hepatitis B.
Atención para pacientes hospitalizados 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 es admitido formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior al de su alta es su último día como paciente hospitalizado. No hay límite al número de días de hospitalización médicamente necesarios o a los servicios que se proporcionan de forma general y habitual en hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios normales de enfermería.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• El costo de unidades especiales de atención (como las de cuidados intensivos o de cuidados coronarios). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de equipo, como una silla de ruedas. • Costos del uso del quirófano y la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados por abuso de sustancias para el control médico de los síntomas de abstinencia asociados con el abuso de sustancias (desintoxicación). • 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 candidato para el trasplante. 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 patrón de atención de su comunidad, puede elegir atención 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 distante (fuera del área de servicio) y elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, haremos los arreglos o pagaremos los costos de alojamiento y 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. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios de un médico.	

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Nota: Para que sea un “paciente hospitalizado”, su proveedor debe generar una orden para admitirlo formalmente como paciente en el hospital. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarlo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. La hoja de datos está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización. Ofrecemos cobertura hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. El número de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce en el número de días como paciente hospitalizado para recibir tratamiento de salud mental cubierto previamente por Medicare en un hospital psiquiátrico. 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 condiciones: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco-depresiva), 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.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de enfermería especializada durante una hospitalización no cubierta† Si ya ha agotado sus beneficios de salud mental como paciente hospitalizado o internado en un centro de enfermería especializada, o si la hospitalización o permanencia no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización o permanencia en un centro de enfermería especializada. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o centro de enfermería especializada. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios de un médico. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. • Pruebas de diagnóstico (como las pruebas de laboratorio). • Radiografías. • Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los suministros y servicios del técnico. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones. • 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. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos; y prótesis oculares (incluidas las adaptaciones, reparaciones y reemplazos por rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente).	Sin cargo
 Terapia nutricional médica Este beneficio es para personas que tienen diabetes o enfermedad renal (pero que no reciben diálisis) y después de un trasplante renal cuando lo refiere el médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Ofrecemos cobertura de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage o Original Medicare) y posteriormente, 2 horas por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con la referencia de un médico. Un médico debe indicar estos servicios y renovar su referencia cada año si su tratamiento seguirá siendo necesario en el año calendario siguiente.	
 Servicios del Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambios del comportamiento relacionados con la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.
Medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B† Estos medicamentos tienen cobertura en la Parte B de Original Medicare. Nuestros miembros tienen cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria. • Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si tiene hemofilia.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Medicamentos inmunodepresores, si estaba inscrito en Medicare Parte A al momento del trasplante de órgano. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Antígenos. • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas. • Determinados 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). • Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en casa de las principales enfermedades de deficiencia inmunitaria. Nota: En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos de venta con receta 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 de venta con receta de la Parte D a través de nuestro plan.	
 Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde se pueda coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de cabecera o su médico general para obtener más información.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección preventivas de la obesidad y su tratamiento.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios del programa de tratamiento con opiáceos† Los servicios de tratamiento por trastorno del uso de opiáceos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan tienen cobertura para estos servicios a través de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas opiáceos, aprobados por la FDA, y la dispensación y administración de dichos medicamentos, si corresponde. • Asesoramiento sobre el uso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas toxicológicas.	Sin cargo
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Radiografías. • Ecografías. • Pruebas de laboratorio. • Electrocardiogramas (EKG) y electroencefalogramas (EEG). • Estudios del sueño. • Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico. • Materiales quirúrgicos, tales como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: ♦ Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (TEP).	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en un centro de cirugía ambulatoria o para pacientes ambulatorios, en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar, durante la cual un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar.	
Observación de paciente ambulatorio Los servicios de observación son servicios hospitalarios que se dan al paciente ambulatorio para determinar si necesita ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria. Para que los servicios de observación hospitalarios para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solamente cuando se proporcionan bajo la orden de un médico u otra persona autorizada por las leyes de licencias estatales y los estatutos para personal hospitalario para ingresar pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarlo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. La hoja de datos está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted recibe en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica de pacientes ambulatorios, tales como servicios de observación y cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico que facture el hospital. • Radiografías y otros servicios de radiología que facture el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que sin dicha atención sería necesario un tratamiento como paciente hospitalizado. • Suministros médicos, tales como férulas y yesos. • Ciertos medicamentos y sustancias biológicas que no puede autoadministrarse. • 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: ♦ Usted tiene una discapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida. ♦ Debido a su estado clínico o a su condición médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o en un centro de cirugía para pacientes ambulatorios. ♦ En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general. • No cubrimos ningún otro servicio dental relacionado con el procedimiento dental, tales como los servicios del dentista, a menos que estén cubiertos por DeltaCare.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital para pacientes ambulatorios. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntarlo al personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!”. La hoja de datos está disponible en la web en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar gratuitamente a estos números, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de salud mental que proporcionan un médico o un psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero clínico especialista, profesional médico enfermero, asistente médico u otro profesional de salud mental calificado de Medicare con licencia estatal, según se contempla en las leyes estatales vigentes. • Servicios de salud mental en nuestro programa intensivo para pacientes ambulatorios.	Sin cargo
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, ocupacional y del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención ambulatoria, como el área de pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibidas a través de nuestro programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria de tratamiento diurno de acuerdo con las pautas de Medicare. • Fisioterapia para evitar caídas en adultos que tengan el riesgo de caídas, cuando lo ordene su médico.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios para el tratamiento del abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios de tratamiento del abuso de sustancias: • Programas de tratamiento diurno. • Programas intensivos para pacientes ambulatorios. • Asesoramiento en grupo para el tratamiento del abuso de sustancias. • Asesoramiento individual para abuso de sustancias. • Tratamiento médico para los síntomas de abstinencia.	Sin cargo
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en instalaciones para pacientes ambulatorios del hospital y en centros quirúrgicos ambulatorios Nota: Si lo van a operar en un centro hospitalario, debe preguntar a su proveedor si será como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo como paciente ambulatorio.	Sin cargo
Servicios de hospitalización parcial “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un entorno para pacientes ambulatorios 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.	Sin cargo
Servicios de un médico/médico general, incluidas las visitas al consultorio médico Los servicios cubiertos incluyen:	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Atención médica o servicios de cirugía necesarios desde el punto de vista médico que se ofrecen en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • Consulta, diagnóstico y tratamiento con un especialista. • 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. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia para una enfermedad neoplásica o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionase un médico). • †Acupuntura (por lo general, proporcionada solo para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral para el control del dolor para el tratamiento del dolor crónico). • Visitas previas a la cirugía y posoperatorias. • Visitas para inyecciones contra alergias.	

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Determinados servicios de telesalud, incluidos: atención primaria y especializada, lo que abarca la rehabilitación cardíaca y pulmonar, atención de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias, fisioterapia, enfermedad renal, autocontrol de la diabetes, preparación para la cirugía o una hospitalización y visitas de seguimiento después de una hospitalización, cirugía o visita al Departamento de Emergencias. Los servicios solamente se proporcionarán vía telesalud cuando el proveedor de la red que le ofrece el servicio lo considere clínicamente apropiado. Usted tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o mediante telesalud. Si decide recibir uno de estos servicios mediante telesalud, entonces debe usar un proveedor de la red que ofrezca en la actualidad el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: ♦ Visitas en video interactivas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato, según lo determine un proveedor de la red. ♦ Visitas de citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. • Servicios de telesalud para las visitas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal terminal para los miembros que reciben diálisis en el hogar, centro de diálisis renal en el hospital o en un hospital con acceso crítico, centro de atención de diálisis renal o la casa del miembro. • Los servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de los síntomas de un ataque cerebral agudo. • Visitas breves virtuales (por ejemplo, chat por teléfono o video) de 5 a 10 minutos con su médico, si es un paciente establecido y la visita virtual no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los 7 días previos ni resultará en una visita al consultorio en las próximas 24 horas o en la próxima fecha disponible para una cita.	

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Evaluación remota de imágenes y/o video pregrabado que envíe a su médico, incluida la interpretación y seguimiento de su médico en un plazo de 24 horas (excepto los fines de semana y días festivos), si es un paciente establecido y la evaluación remota no está relacionada con una visita al consultorio realizada en los 7 días anteriores ni resultará en una visita al consultorio en las próximas 24 horas o en la próxima fecha disponible para una cita. • La consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o la evaluación de las historias clínicas electrónicas, si es un paciente establecido. • Las llamadas a domicilio que haga un médico de la red (o un proveedor de la red que sea un enfermero titulado) 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. • Tratamientos con luz ultravioleta.	
Servicios de podología Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como el dedo en martillo o espolón del talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores.	Sin cargo
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Examen rectal digital. • Prueba del antígeno prostático específico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el examen rectal digital o la prueba del antígeno prostático específico anuales.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados† - Aparatos (que no son aparatos dentales) que reemplazan en todo o en parte una función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros, bolsas para colostomía y suministros relacionados directamente con la atención de la colostomía, marcapasos, arneses, zapatos protésicos, extremidades artificiales y prótesis del seno (incluido un sostén quirúrgico después de la mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación y/o el reemplazo de estos dispositivos. También se incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o a la cirugía de cataratas (para obtener más información, consulte “Atención de la visión”, más adelante en esta sección). - Botas quirúrgicas después de una cirugía cuando se proporcionan durante una visita ambulatoria.	Sin cargo
Servicios de rehabilitación pulmonar 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.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Tratamiento residencial del trastorno por abuso de sustancias y tratamiento de salud mental† Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios cuando los servicios se proporcionan en un centro de tratamiento residencial autorizado donde se realiza un tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias o de salud mental personalizado las 24 horas, los servicios generalmente y habitualmente se proporcionan a través de un programa de tratamiento residencial para el trastorno por abuso de sustancias 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: • Asesoramiento individual y en grupo. • Servicios médicos. • Revisión de medicamentos. • Habitación y alimentación. • Medicamentos recetados por un proveedor de la red como parte del plan de atención en el centro de tratamiento residencial, según las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles, si se los administra el personal médico de ese centro de atención. • Programación del alta hospitalaria.	Sin cargo
 Exámenes físicos de rutina Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.	No existe coseguro, copago ni deducible para esta atención preventiva.
 Prueba de detección del uso indebido del alcohol y asesoramiento para reducir su uso Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que hacen un consumo indebido de alcohol sin tener dependencia del alcohol.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección y asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el consumo indebido de alcohol.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
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 médico de cabecera o un médico general calificado en un entorno de atención médica primaria.	
 Examen de detección de cáncer de pulmón mediante una tomografía computarizada de dosis baja (TCDB) Para personas que reúnen los requisitos, se cubre una TCDB cada 12 meses. • 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 un paquete diario de tabaco durante 30 años o que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años y reciben una orden por escrito para la TCBD durante una visita de asesoramiento sobre detección del cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones que cumple con los criterios de Medicare para tales visitas y está a cargo de un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado. • Para pruebas de detección de cáncer del pulmón mediante TCBD después de la TCBD inicial, los miembros deben recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer del pulmón mediante TCBD, que puede emitir un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado durante una visita apropiada. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una visita de asesoramiento sobre la detección de cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para los siguientes exámenes de detección de cáncer del pulmón mediante TCBD, la visita debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas visitas.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y de toma compartida de decisiones cubierta por Medicare o para la TCDB.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
 Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas Ofrecemos cobertura para pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (STI) para clamidias, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección tienen cobertura para mujeres embarazadas y ciertas personas que están en riesgo más alto de STI si un médico de cabecera las ordena. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos del embarazo. Además, ofrecemos cobertura hasta de 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 STI. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como servicio preventivo si están a cargo de un médico de cabecera y se realizan en un entorno de atención médica primaria, tal como el consultorio del médico.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de pruebas de detección de STI y asesoramiento sobre STI cubiertos por Medicare para prevenir las STI.
Servicios para tratar las enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios de educación sobre enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y para ayudar a que tomen decisiones informadas sobre su atención. • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es admitido en un hospital como paciente hospitalizado para recibir atención especial). • Capacitación para tratamiento autoadministrado de diálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que le ayude con los tratamientos de diálisis en el hogar). • Suministros y equipo de diálisis para el hogar. • 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). • Pruebas de laboratorio de rutina para revisar la eficacia de la diálisis. • Una visita de rutina al consultorio por mes con el equipo de nefrología.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Procedimientos de acceso vascular y peritoneal cuando se realizan en un hospital para pacientes ambulatorios si se cumplen determinados criterios. • Visitas que no son de rutina al consultorio con el equipo de nefrología. • Procedimientos de acceso vascular y peritoneal cuando se realizan en un consultorio médico.	
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3).	Coseguro del 20 %*
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Consulte información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B en la sección “Medicamentos de venta con receta de Medicare Parte B”.	
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)† (Consulte la definición de “centro de enfermería especializada” en el Capítulo 12 de este folleto. Este tipo de centro de enfermería especializada a veces se denomina “SNF”). Cubrimos hasta 100 días de servicios especializados por período de beneficios para pacientes hospitalizados en centros de atención de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización previa). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o habitación privada, si es médicamente necesaria). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (esto incluye sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Los suministros médicos y quirúrgicos que se utilizan generalmente en los SNF.	Sin cargo El período de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un centro 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 un SNF.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Pruebas de laboratorio que realizan generalmente los SNF. • Radiografías y otros servicios radiológicos que proporcionan usualmente los SNF. • El uso de aparatos, como una silla de ruedas, que se proporcionan generalmente en un SNF. • Servicios de un médico/profesional médico. En general, recibirá atención en un SNF de la red. Sin embargo, si se cumplen las condiciones que aparecen más adelante, 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. • 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 de centros de enfermería especializada). • Un SNF donde resida su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital.	
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco) Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Ofrecemos cobertura para dos intentos de 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 visitas en persona. 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: Ofrecemos cobertura para los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Ofrecemos cobertura de dos intentos para abandonar el hábito con asesoramiento en un período de 12 meses; pero usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas en persona.	No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de asesoramiento cubierto por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Además de los servicios de asesoramiento, cubrimos determinadas terapias de reemplazo de nicotina de venta libre aprobadas por la FDA. Los artículos deben estar indicados por un proveedor de la red y se deben obtener en una farmacia de la red. Proporcionaremos un suministro de hasta 100 días, dos veces, durante el año calendario.	Sin cargo
Terapia Supervisada de Ejercicio (SET) La SET está cubierta para los miembros que padecen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones durante 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Brindarlo personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superan los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. Nota: La SET podría estar cubierta más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, con otras 36 sesiones durante un período prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios necesarios con urgencia Los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una situación que no es de emergencia, una enfermedad, lesión o condición imprevista que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente. • Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre mayor). • Fuera del área de servicio: Tiene cobertura de atención de urgencia en todo el mundo si necesita atención médica inmediata durante un viaje por una enfermedad o lesión imprevista, y cree razonablemente que su salud se deterioraría si retrasa el tratamiento hasta que regrese a su área de servicio. El costo compartido de los servicios de urgencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios provistos por proveedores de la red. Consulte más información en la Sección 3 del Capítulo 3.	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. • 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 refracciones oculares) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas médicas para anteojos. • 🍏 Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma al 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. • Los exámenes de detección de retinopatía diabética están cubiertos una vez por año para las personas que tienen diabetes. • Pruebas de campo visual.	Sin cargo
• Par de anteojos o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) después de cada cirugía de cataratas con implante de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar dos pares de anteojos después de la segunda operación). • Lentes/armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de lente.	Sin cargo en artículos para la visión, de acuerdo con las pautas de Medicare. Nota: Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.**

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Anteojos y lentes de contacto: Una vez cada 12 meses, le proporcionamos una asignación de \$300 para la compra de 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 conceptos siguientes: ♦ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red las coloca en un armazón. ♦ Armazones para anteojos, si un proveedor del plan coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) en el armazón. ♦ Adaptación y entrega de lentes de contacto. • No otorgaremos la asignación para cristales ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 12 meses. • 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.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$300, usted paga la diferencia.**
• Lentes de reemplazo: 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 lentes de reemplazo es de \$30 para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) y de \$45 para un lente de anteojos multifocales o lenticulares.	Si las lentes que compra cuestan más que la asignación de \$30 para lentes unifocales o \$45 para lentes de anteojos multifocales o lenticulares, pagará la cantidad que supere su asignación.**
• Lentes de contacto especiales: Ofrecemos cobertura para las siguientes lentes de contacto especiales cuando las recete un médico o un optometrista de la red: ♦ 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).	Sin cargo

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
♦ 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.	
 Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” Cubrimos una visita preventiva única de “Bienvenida a Medicare”. Esta visita incluye una revisión de su salud, además de enseñanza y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones) y referencias para otro tipo de atención, si es necesaria. Importante: Cubrimos la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare” solo en los primeros 12 meses de cobertura de Medicare Parte B. Cuando haga su cita en el consultorio de su médico, indique que le gustaría programar su visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”.
Nota: Consulte información sobre la coordinación de beneficios correspondiente a todos los servicios cubiertos que se describen en este Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 1 (Sección 7) y el Capítulo 11.	

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

*Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios										
Atención dental (programa DeltaCare® USA Dental HMO)† Health Plan tiene un acuerdo con Delta Dental of California (“Delta Dental”) para ofrecerle el programa DeltaCare USA Dental HMO. 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. 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. 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. Nota: Cualquier servicio que esté marcado a continuación con un asterisco (*) solo es un beneficio cubierto cuando se proporciona con otro servicio de la lista que no esté marcado con un asterisco. 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 (CDT) con derecho de autor de la Asociación Dental Americana (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.											
Diagnóstico (D0100-D0999)† <table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="201 1390 1084 1444">• D0140: Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema.</td><td data-bbox="1084 1390 1421 1444">Sin cargo</td></tr> <tr> <td data-bbox="201 1465 1084 1520">• D0150: Evaluación bucal integral: paciente existente o nuevo.</td><td data-bbox="1084 1465 1421 1520">Sin cargo</td></tr> <tr> <td data-bbox="201 1541 1084 1625">• D0210: Radiografías intrabucales: serie completa de imágenes radiográficas; <i>limitadas a 1 serie cada 36 meses.</i></td><td data-bbox="1084 1541 1421 1625">Sin cargo</td></tr> <tr> <td data-bbox="201 1646 1084 1730">• D0220: Radiografía intrabucal: primera imagen radiográfica periapical.</td><td data-bbox="1084 1646 1421 1730">Sin cargo</td></tr> <tr> <td data-bbox="201 1751 1084 1835">• D0230: Radiografías intrabucales: todas las imágenes radiográficas periapicales adicionales.</td><td data-bbox="1084 1751 1421 1835">Sin cargo</td></tr> </tbody> </table>		• D0140: Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema.	Sin cargo	• D0150: Evaluación bucal integral: paciente existente o nuevo.	Sin cargo	• D0210: Radiografías intrabucales: serie completa de imágenes radiográficas; <i>limitadas a 1 serie cada 36 meses.</i>	Sin cargo	• D0220: Radiografía intrabucal: primera imagen radiográfica periapical.	Sin cargo	• D0230: Radiografías intrabucales: todas las imágenes radiográficas periapicales adicionales.	Sin cargo
• D0140: Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema.	Sin cargo										
• D0150: Evaluación bucal integral: paciente existente o nuevo.	Sin cargo										
• D0210: Radiografías intrabucales: serie completa de imágenes radiográficas; <i>limitadas a 1 serie cada 36 meses.</i>	Sin cargo										
• D0220: Radiografía intrabucal: primera imagen radiográfica periapical.	Sin cargo										
• D0230: Radiografías intrabucales: todas las imágenes radiográficas periapicales adicionales.	Sin cargo										

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• D0250: Extrabucal: imagen bidimensional radiográfica proyectada.*	Sin cargo
• D0251: Extrabucal: imagen radiográfica dental posterior.*	Sin cargo
• D0270: Radiografía de mordida: imagen radiográfica única.	Sin cargo
• D0272: Radiografías de mordida: dos imágenes radiográficas.	Sin cargo
• D0274: Radiografías de mordida – cuatro imágenes radiográficas – <i>limitadas a 1 serie cada 6 meses</i> .	Sin cargo
• D0330: Imagen radiográfica panorámica: 1 en un período de 36 meses.	Sin cargo
• D0350: Imágenes radiográficas bidimensionales bucales/faciales obtenidas extra o intrabucalmente para el diagnóstico y tratamiento de condiciones clínicas específicas que no puedan detectarse en las radiografías – 4 por fecha de servicio.	Sin cargo
• D0502: Otros servicios patológicos bucales, por informe.	Sin cargo
• D0999: Servicio de diagnóstico no especificado, por informe <i>incluye visita al consultorio, por visita (además de otros servicios)</i> .	Sin cargo
Servicios preventivos (D1000-D1999)†	
• D1110: Limpieza profiláctica en adultos: 1 cada 6 meses.	Sin cargo
• D1206: Aplicación tópica de barniz con fluoruro –1 D1206 o D1208– cada 6 meses.	Sin cargo
• D1208: Aplicación tópica de fluoruro –excluido el barniz– 1 D1206 o D1208 cada 6 meses.	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Restauración (D2000-D2999)† 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 se requiere que la restauración actual tenga más de 5 años. • D2140: Amalgama – una superficie, primaria o permanente – limitada a 1 cada 36 meses. • D2150: Amalgama – dos superficies, primarias o permanentes – limitada a 1 cada 36 meses. • D2160: Amalgama – tres superficies, primarias o permanentes – limitada a 1 cada 36 meses. • D2161: Amalgama – cuatro superficies o más, primarias o permanentes – limitada a 1 cada 36 meses. • D2330: Empaste a base de resina – una superficie, anterior – limitado a 1 cada 36 meses. • D2331: Empaste a base de resina – dos superficies, anteriores – limitado a 1 cada 36 meses. • D2332: Empaste a base de resina – tres superficies, anteriores – limitado a 1 cada 36 meses. • D2335: Empaste a base de resina – cuatro o más superficies o con compromiso del ángulo incisal (anterior) – limitado a 1 cada 36 meses. • D2390: Empaste a base de resina en corona, anterior – limitado a 1 cada 36 meses. • D2391: Empaste a base de resina – una superficie, posterior – limitado a 1 cada 36 meses. • D2392: Empaste a base de resina – dos superficies, posteriores – limitado a 1 cada 36 meses. • D2393: Empaste a base de resina – tres superficies, posteriores – limitado a 1 cada 36 meses.	
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• D2394: Empaste a base de resina – cuatro o más superficies, posteriores – limitado a 1 cada 36 meses.	Sin cargo
• D2910: Recementar o volver a fijar incrustación, recubrimiento, funda o restauración de cobertura parcial – limitado a 1 cada 12 meses.	Sin cargo
• D2920: Recementar o volver a fijar incrustación: el proveedor original es responsable de todas las recementaciones durante los primeros 12 meses después de la colocación inicial de una corona prefabricada o procesada por un laboratorio. Después del período inicial de 1 mes limitado a 1 cada período de 12 meses.	Sin cargo
• D2931: Corona prefabricada de acero inoxidable – diente permanente – limitado a 1 cada 36 meses.	Sin cargo
• D2932: Corona prefabricada de resina – diente primario anterior – limitado a 1 cada 36 meses.	Sin cargo
• D2933: Corona prefabricada de acero inoxidable con carilla de resina – limitado a 1 cada 36 meses.	Sin cargo
• D2940: Restauración protectora – limitado a 1 cada 6 meses.	Sin cargo
• D2952: Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente – incluye preparación del conducto – una vez por diente.	Sin cargo
• D2954: Poste y muñón además de la corona, prefabricados – <i>poste de metal base; incluye preparación del conducto</i> – una vez por diente.	Sin cargo
Endodoncia (D3000-D3999)†	
• D3110: Recubrimiento de la pulpa: directo (no incluye la restauración final).	Sin cargo
• D3346: Tratamiento posterior de terapia del conducto radicular previa – anterior. No es un beneficio para el proveedor original dentro de los 12 meses siguientes al tratamiento inicial.	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Periodoncia (D4000-D4999)† Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local. • D4341: Raspado periodontal y alisado radicular – cuatro dientes o más por cuadrante – limitado a 1 por cuadrante en 24 meses. • D4342: Raspado periodontal y alisado radicular – uno a tres dientes por cuadrante – limitado a 1 por cuadrante en 24 meses. • D4346: Raspado en presencia de inflamación gingival moderada o importante generalizada – boca completa, después de evaluación oral – 1 cada 6 meses. • D4355: Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación integral y un diagnóstico: limitado a 1 tratamiento en un período de 12 meses consecutivos. • D4910: Mantenimiento periodontal: un beneficio solo para pacientes que vivan en un centro de enfermería especializada o un centro de atención intermedia, únicamente después de un tratamiento de eliminación del sarro periodontal y alisado radicular (D4341-D4342), después de haber realizado el tratamiento de eliminación del sarro periodontal y alisado radicular necesario, limitado a 1 tratamiento por trimestre calendario, solo en el período de 24 meses posterior al último tratamiento de eliminación del sarro periodontal y alisado radicular.	
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
	Sin cargo
Prostodoncia, removible (D5000-D5999)† 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 antigüedad. Nota: 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. • D5110: Dentadura postiza completa: maxilar.	
	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• D5120: Dentadura postiza completa: mandibular.	Sin cargo
• D5130: Dentadura postiza inmediata: maxilar.	Sin cargo
• D5140: Dentadura postiza inmediata: mandibular.	Sin cargo
• D5410: Ajuste de dentadura postiza completa – maxilar. Una vez por fecha de servicio; 2 en un período de 12 meses.	Sin cargo
• D5411: Ajuste de dentadura postiza completa – mandibular. Una vez por fecha de servicio; 2 en un período de 12 meses.	Sin cargo
• D5511: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, mandibular.	Sin cargo
• D5512: Reparación de fractura de base de dentadura postiza completa, maxilar.	Sin cargo
• D5520: Reemplazo de dientes rotos o faltantes – dentadura postiza completa (cada diente). Hasta un máximo de cuatro por arco, por fecha de servicio, por proveedor; limitado a dos veces por arco en un período de 12 meses.	Sin cargo
• D5611: Reparación de la resina de base de dentadura postiza, mandibular.	Sin cargo
• D5612: Reparación de la resina de base de dentadura postiza, maxilar.	Sin cargo
• D5730: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (consultorio) – limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.	Sin cargo
• D5731: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (consultorio) – limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.	Sin cargo
• D5750: Recapado de dentadura postiza maxilar completa (laboratorio) – limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• D5751: Recapado de dentadura postiza mandibular completa (laboratorio) – limitado a 1 por dentadura postiza en un período de 12 meses.	Sin cargo
• D5850: Acondicionamiento tisular, maxilar – limitado a 2 por dentadura postiza en un período de 36 meses.	Sin cargo
• D5851: Acondicionamiento tisular, mandibular – limitado a 2 por dentadura postiza en un período de 36 meses.	Sin cargo
• D5863: Sobredentadura – maxilar completa – limitada a 1 por período de 5 años.	Sin cargo
• D5865: Sobredentadura – mandibular completa – limitada a 1 por período de 5 años.	Sin cargo
Servicios de implante (D6000-D6199)† Un beneficio que se aplica solo cuando se documentan y revisan condiciones médicas excepcionales para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico. Se necesita autorización previa. Consulte también las limitaciones y exclusiones. El proveedor original es responsable de todas las recementaciones durante los primeros 12 meses después de la colocación inicial de las coronas con soporte de implante/pilar. Luego limitado a 1 por período de 12 meses de una recementación anterior por parte del mismo proveedor.	
• D6092: Recementación o refijación de corona con soporte de implante/pilar.	Sin cargo
• D6093: Recementación o refijación de dentadura postiza parcial fija con soporte de implante/pilar.	Sin cargo
• D6096: Extracción de tornillo de retención de implante roto.	Sin cargo
• D6100: Retirada de un implante, por informe.	Sin cargo
Prostodoncia, fija (D6200-D6999)† Cada retenedor y cada pónico constituyen una unidad en una dentadura postiza parcial fija o puente. Para el reemplazo de una corona, se requiere que el puente actual tenga más de 5 años.	
• D6930: Recementar dentadura postiza parcial fija.	Sin cargo
• D6999: Procedimiento de prostodoncia fija no especificado, por informe.	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Cirugía bucal y maxilofacial (D7000-D7999)†	
Incluye evaluaciones prequirúrgicas y posquirúrgicas y tratamiento con anestesia local.	
• D7111: Extracción de remanentes coroneles: dientes de leche.	Sin cargo
• D7140: Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps).	Sin cargo
• D7210: Extracción, diente avulsionado que requiere la extracción de hueso y/o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo mucoperiosteal si está indicado.	Sin cargo
• D7220: Extracción de diente traumatizado: tejido blando.	Sin cargo
• D7230: Extracción de diente traumatizado: parcialmente óseo.	Sin cargo
• D7240: Extracción de diente traumatizado: completamente óseo.	Sin cargo
• D7241: Extracción de diente traumatizado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales.	Sin cargo
• D7250: Extracción de restos radiculares (con incisión).	Sin cargo
• D7270: Reimplantación de diente y/o estabilización de diente avulsionado o desplazado accidentalmente – solo para dientes permanentes anteriores – una vez por arco.	Sin cargo
• D7286: Biopsia de tejido bucal – blando – no incluye procedimientos patológicos de laboratorio.	Sin cargo
Servicios generales complementarios (D9000-D9999)†	
• D9110: Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental – procedimiento menor.	Sin cargo
• D9210: Anestesia local sin procedimientos operativos o quirúrgicos.	Sin cargo
• D9211: Anestesia regional.	Sin cargo
• D9212: Anestesia de bloqueo del trigémino.	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• D9215: Anestesia local junto con operaciones o procedimientos quirúrgicos.	Sin cargo
• D9223: Sedación profunda/anestesia general – cada incremento de 15 minutos.	Sin cargo
• D9230: Inhalación de óxido nitroso/anestesia; analgesia.	Sin cargo
• D9239: Analgesia/sedación (consciente) intravenosa moderada: primeros 15 minutos.	Sin cargo
• D9243: Analgesia/sedación moderada (consciente) intravenosa, cada aumento posterior de 15 minutos.	Sin cargo
• D9248: Sedación consciente no intravenosa.	Sin cargo
• D9310: Consulta: servicio de diagnóstico por parte de un dentista o un médico que no sea el dentista o médico a cargo del tratamiento.	Sin cargo
• D9311: Consulta con su profesional de atención médica.	Sin cargo
• D9430: Visita al consultorio para observación (durante el horario regular programado): no se proporcionan otros servicios.	Sin cargo
• D9440: Visita al consultorio: después del horario regular programado.	Sin cargo
• D9910: Aplicación de medicamento para desensibilización.	Sin cargo
• D9930: Tratamiento de las complicaciones (postquirúrgicas) – circunstancias inusuales, por informe.	Sin cargo
• D9986: Cita a la que no acudió – sin aviso con 24 horas de antelación.	Sin cargo
• D9987: Cita cancelada – sin aviso con 24 horas de antelación.	Sin cargo
• D9991: Manejo de casos dentales: cómo manejar las barreras para el cumplimiento de las citas.	Sin cargo

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• D9992: Manejo de casos dentales: coordinación de la atención.	Sin cargo
• D9995: Teledentista: encuentros sincronizados en tiempo real.	Sin cargo
• D9996: Teledentista: encuentros no sincronizados. La información se almacena y se envía al dentista para que la revise.	Sin cargo
Atención dental de emergencia† Si necesita recibir atención dental de emergencia, llame a su dentista asignado de DeltaCare USA o al Servicio al cliente de Delta Dental al 1-877-644-1774, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929).	
• Atención dental de emergencia cubierta recibida de su dentista asignado de DeltaCare USA.	Sin cargo
• La atención dental de emergencia cubierta que reciba a través de un dentista que no sea su dentista asignado de DeltaCare USA se limita a \$100 por emergencia. Además, la atención de emergencia cubierta se limita a la atención necesaria requerida para estabilizar su condición y proporcionar alivio paliativo. Además, si no se cumplen las siguientes condiciones, usted será responsable del costo total de la atención dental: ♦ Hizo un intento razonable para comunicarse con el dentista asignado de DeltaCare USA y no puede verlo en las siguientes 24 horas o usted cree que su condición 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.	Usted paga cualquier monto que exceda el máximo de \$100.

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
♦ 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 condición y las circunstancias. ♦ 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. Si el dentista contratado asignado presta los servicios para uno de los procedimientos mencionados, el miembro paga el copago especificado. Los procedimientos mencionados que requieren que el dentista preste un servicio de especialista y que refiere el dentista contratado asignado, deben estar autorizados por Delta Dental. El miembro paga el copago especificado para tales servicios. Los procedimientos que no se han mencionado anteriormente, no obstante, pueden ofrecerse en las “tarifas presentadas” del dentista contratado archivadas en Delta Dental. Para preguntas sobre estas tarifas, consulte al Departamento de Servicio al cliente al 1-877-644-1774, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del Pacífico. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-735-2929.)	

Resumen de Beneficios Cubiertos por Medicaid

Los beneficios que se describen a continuación están cubiertos por Medi-Cal (Medicaid). Para cada uno de los beneficios que se indican a continuación, puede ver qué cubre Medi-Cal (Medicaid) y qué cubre nuestro plan. Es posible que lo que pague por los servicios cubiertos dependa de su nivel de elegibilidad para Medi-Cal (Medicaid). Para obtener más información sobre los beneficios de Medi-Cal, consulte su manual de Medi-Cal.

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

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Servicios para pacientes hospitalizados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de clínica de salud rural	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura, a menos que reciba atención de emergencia o atención de urgencia cubierta fuera del área
Servicios de centros de salud que satisfacen los requisitos federales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura, a menos que reciba atención de emergencia o atención de urgencia cubierta fuera del área
Servicios de laboratorio	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Imágenes diagnósticas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Atención en un centro de enfermería especializada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos (sin límite de edad). El plan cubre hasta 100 días por cada periodo de beneficios.
Pruebas de detección temprana y periódicas, diagnóstico y servicios suplementarios de tratamiento	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Suministros y servicios de planificación familiar	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de un médico	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios dentales médicos y quirúrgicos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos (consulte la sección “Servicios dentales” para conocer los beneficios dentales integrales).
Servicios de oftalmología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de podología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de optometría	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios quiroprácticos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de psicología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de enfermero anestesista	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Servicios de optometrista y de laboratorio de óptica	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios de optometrista (consulte la sección “Anteojos y otros aparatos para los ojos” para conocer los servicios de laboratorio óptico).
Suministros médicos (Las cremas para la incontinencia y los productos para la higiene no están incluidos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por suministros cubiertos por Medicare.
Cremas para la incontinencia y productos para la higiene	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
Equipo médico duradero.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Coseguro del 20 % por artículos cubiertos. Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Audífonos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid. (Límite del beneficio de \$1510 al año.)	Sin cobertura.
Fórmulas entéricas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de acupuntura	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 cuando un proveedor del plan determine que es necesario desde el punto de vista médico.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Servicios de partera titulada	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por proveedores del plan.
Servicios de atención médica a domicilio por medio de una agencia de atención médica a domicilio (Incluye servicios de enfermería y de auxiliar de atención médica a domicilio; fisioterapia y terapia ocupacional; servicios de patologías del habla y de audiolología; servicios intermitentes de enfermería; cuidados de un auxiliar de atención médica a domicilio; suministros médicos, equipos y aparatos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Fisioterapia y servicios relacionados	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Centros de rehabilitación	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Enfermería privada (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
Clínica (Clínica para pacientes ambulatorios organizada; Indian Health Services, centros alternativos para partos, centros de cirugía ambulatoria)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por un proveedor de la red.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Servicios dentales	Copago de \$0 por servicios cubiertos de Medicaid que proporcione el dentista asignado por el programa dental de Medi-Cal.	Copago de \$0 por servicios cubiertos proporcionados por su dentista de DeltaCare® asignado.
Terapia ocupacional	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Patología del habla/terapia del habla	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios de audiología	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Servicios farmacéuticos y medicamentos recetados	Copago de \$0 por medicamentos cubiertos 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 Medicare Parte D para medicamentos de venta con receta” para obtener información sobre el costo compartido de medicamentos de venta con receta de Medicare Parte D.
Dentaduras postizas	Copago de \$0 por servicios cubiertos por su programa dental de Medi-Cal.	\$0 por servicios cubiertos.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Prótesis (Aparatos ortopédicos) prótesis oculares	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	0 % del costo de los servicios cubiertos por Medicare.
Anteojos, otros aparatos para los ojos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	\$0 hasta un límite de \$300 por artículos para la visión cada año. Copago de \$0 por un par de anteojos o lentes de contacto cubiertos por Medicare después de una cirugía de cataratas.
Programa integral de servicios perinatales (Servicios preventivos)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por atención prenatal cubierta.
Servicios Comunitarios para Adultos (CBAS) (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
Servicios de diálisis crónica	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Coseguro del 20 % por tratamiento de diálisis cubierto para pacientes ambulatorios. Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Servicios de rehabilitación (Diálisis crónica, desintoxicación de heroína para pacientes ambulatorios, rehabilitación de salud mental, centros independientes de Medi-Cal para rehabilitación por adicción a las drogas)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por abuso de sustancias.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Institutos para enfermedades mentales (Para menores de 21 años y mayores de 65 años, incluye atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare (sin límite de edad).
Centro de atención intermedia	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
Enfermera partera	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos por Medicare proporcionados por proveedores del plan.
Cuidados paliativos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios relacionados con la tuberculosis	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos.
Atención respiratoria para pacientes que dependen de respirador artificial	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Enfermero con práctica médica familiar	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 para servicios cubiertos proporcionados por proveedores del plan.
Atención médica a domicilio y en la comunidad para personas de edad avanzada con discapacidad funcional (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
Instituciones de vida asistida con apoyo de la comunidad (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
Servicios de cuidado personal	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.
Hospital rural de atención primaria	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por atención de emergencia cubierta por Medicare.
Centros de atención para la salud de tipo no médico	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura, excepto para servicios de una institución religiosa de atención de tipo no médica con cobertura de Medicare.
Servicios de emergencia en hospitales	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por atención de emergencia cubierta.
Transporte (El estado proporciona servicio de traslado médico de emergencia y no emergencia. Cumple con el requisito federal de garantía de traslado para los servicios necesarios desde el punto de vista médico)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$200 por viaje sencillo para servicios de ambulancia cubiertos por Medicare. Si es elegible para ayuda en el costo compartido de Medicare a través de Medicaid, usted paga \$0.
Servicios para embarazadas para tratar una condición médica que pueda influir en la mujer y/o en el feto	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos, necesarios desde el punto de vista médico.

Beneficio	Plan Medicaid del estado	Plan Senior Advantage Medicare y Medi-Cal North
(No específicamente establecido como beneficio, pero es una disposición obligatoria según las normas federales)		
Servicios de consejería matrimonial y familiar	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 solo cuando es parte del beneficio de los servicios de salud mental cubiertos por Medicare.
Servicios de trabajador social clínico titulado	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Administración de casos	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios de proveedor de enfermería individual	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicare.
Servicios no médicos (Solo por exención)	Copago de \$0 por servicios cubiertos por Medicaid.	Sin cobertura.

SECCIÓN 3. Qué servicios están cubiertos fuera de nuestro plan

Sección 3.1 Servicios que *no* cubre nuestro plan

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

- Todo medicamento cubierto por Medicaid que no está cubierto por Medicare Parte B o Parte D.
- Anteojos.
- Servicios de centros de salud que cumplen con los requisitos federales.
- Audífonos.
- Centros de atención a largo plazo.

- Transporte para recibir atención médica.
- Servicios de clínica de salud rural.

Nota: Esta no es una lista completa. Comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener detalles completos acerca de lo que cubre y no cubre su plan de Medicaid, incluido el tipo de plan (por ejemplo, cargo por servicio o plan de atención médica administrada). Además, si recibe servicios cubiertos por Medicaid de un proveedor de la red que no está cubierto por nuestro plan, deberá mostrar su tarjeta de Medicaid cuando reciba dichos servicios.

SECCIÓN 4. ¿Qué medicamentos no tienen cobertura de nuestro plan?

Sección 4.1 Servicios que *no* cubre nuestro plan (exclusiones)

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

El siguiente cuadro describe algunos servicios y productos que no están cubiertos por nuestro plan bajo ninguna circunstancia o que lo están únicamente en condiciones específicas.

No pagaremos los servicios médicos excluidos que aparecen en la tabla siguiente, 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 la tabla es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a sus circunstancias específicas. (Consulte información sobre cómo presentar una apelación si decidimos no cubrir un servicio médico en la Sección 6.3 del Capítulo 9 de este folleto).

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios que se consideran no razonables ni necesarios, según los estándares de Original Medicare		√ Esta exclusión no se aplica a servicios o conceptos que no cubre Original Medicare pero sí cubre nuestro plan.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Procedimientos y productos experimentales son los que no acepta generalmente la comunidad médica, según nuestro plan y Original Medicare.		√ Pueden tener cobertura de Original Medicare en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte más información sobre los estudios de investigación clínica en la Sección 5 del Capítulo 3).
Habitación privada en un hospital		√ Servicio cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada.		√ Se proporcionan teléfonos y televisores.
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	√	
La atención de custodia es la 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 el cuidado personal que no requiere la atención permanente de médicos o paramédicos capacitados, como la atención que lo ayuda en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios de tareas domésticas, entre ellas ayuda con las tareas domésticas básicas, como hacer una limpieza rápida o preparar comidas sencillas	√	
Tarifas que cobran sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	√	
Cirugía estética o procedimientos estéticos		√ Cubiertos en casos de lesión accidental o para mejorar la función de un miembro con una malformación. 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.
Atención quiropráctica de rutina		√ Tiene cobertura la manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación.
Cuidado de los pies de rutina		√ Se proporciona cobertura limitada, según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Comidas con entrega a domicilio	√	
Calzado ortopédico		√ Si los zapatos forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico, o si son para una persona con una enfermedad del pie relacionada con la diabetes.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Dispositivos de soporte para los pies		√ Zapatos ortopédicos o terapéuticos para las personas con enfermedad del pie diabético.
Audífonos y exámenes de la audición de rutina, o exámenes para ajustar los audífonos		√ Esta exclusión no se aplica a los implantes cocleares ni a los aparatos auditivos externos oseointegrados que tienen cobertura de Medicare.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	√	
Procedimientos para revertir la esterilización y los suministros anticonceptivos que no requieran receta médica	√	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	√	
Enfermería privada	√	
Servicios o procedimientos de mejoramiento electivos o voluntarios (incluidos los de pérdida de peso, crecimiento del cabello, rendimiento sexual y atlético, fines estéticos, 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 (AV)		√

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
		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.
Cirugía reconstructiva que ofrece solo mejoras mínimas a la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia		√ Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo debidas a 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 en la medida posible.
Cirugía que, a juicio de un médico de la red que se especialice en cirugía reconstructiva, ofrezca solo una mejora mínima de la apariencia. Cirugía que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia	√	
Lentes intraoculares (LIO) no convencionales, después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, LIO para corregir la presbicia)		√

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
		Puede solicitar y podríamos brindarle la inserción de una LIO para corregir la presbicia o una LIO para corregir el astigmatismo después de una cirugía de cataratas en lugar de una LIO convencional. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre los Cargos del Plan por la inserción de las LIO no convencionales y los servicios relacionados, y los Cargos del Plan por la inserción de LIO convencionales después de la cirugía de cataratas.
Masoterapia		√ Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios proporcionados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten licencia o certificado estatal para prestar servicios de atención médica y en los casos en que la condición del miembro no requiera que los servicios los preste un proveedor de atención médica autorizado	√	
Traslado en automóvil, taxi, autobús, furgoneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas y cualquier otro medio de transporte (excepto una ambulancia autorizada), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un proveedor de la red.	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Gastos de viaje y alojamiento		√ Es posible que paguemos determinados gastos que autoricemos previamente conforme con nuestras pautas de alojamiento y viajes, si el Grupo Médico lo remite a un proveedor que no pertenece a la red, tal como se describe en la Sección 2.3 del Capítulo 3.
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.		√ Cubierto si un proveedor de la red determina que los servicios son apropiados desde el punto de vista médico o necesarios desde el punto de vista médico para la atención preventiva.
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 <i>in vitro</i> (FIV) y transferencia intratubárica de cigotos (TIC).	√	
Suministros desechables para uso en el hogar, como vendajes, gasas, cinta, productos antisépticos, apósitos, vendas elásticas, pañales, protectores de colchones y otros suministros para la incontinencia		√ Servicio cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y tiene cobertura de Original Medicare.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Cuidados que se brindan en un centro de atención intermedia autorizado		√ Servicio cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y tiene cobertura de Original Medicare.
Productos y servicios que no están relacionados con la atención médica. Por ejemplo, no cubrimos: • Enseñanza de modales, etiqueta, habilidades de planificación, clases de lectura o desarrollo de destrezas con fines laborales. • Productos y servicios que aumentan el conocimiento o las habilidades académicas o la inteligencia. • Capacitación o clases particulares académicas para habilidades tales como gramática, matemáticas y administración del tiempo. • Capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales y cursos para el crecimiento profesional.	√	
Terapia acuática y otra hidroterapia		√ Cubiertos cuando se determine que son médicamente necesarios y se solicitan como parte de un programa de fisioterapia.

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Nutrición para pacientes ambulatorios por vía oral, tales como suplementos alimenticios, suplementos a base de hierbas, suplementos para perder peso, leche maternizada (fórmula) y alimentos	√	
Atención en un centro residencial donde se aloje durante la noche		√ 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.		√ Cuando un servicio o producto no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios relacionados con él: (1) excepto 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 de la Administración de Fármacos y Alimentos federal. Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radiactivos y cualquier otro servicio que por ley deba tener la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en EE. UU. y que no cuenten con tal aprobación.		√ Esta exclusión se aplica a servicios que se presten en cualquier lugar, incluso fuera de EE. UU. No se aplica a ensayos clínicos cubiertos por Medicare ni a la atención de emergencia cubierta que recibe fuera de EE. UU.
Armazones industriales	√	

Servicios no cubiertos por Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Lentes y gafas de sol sin valor refractivo.		√ Esta exclusión no se aplica a ninguno de los siguientes productos: • Lente correctora transparente si solo necesita corrección en un ojo. • Lentes con color cuando son médicamente necesarias para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentaria.
Reemplazo de cristales o armazones perdidos o dañados	√	
Adornos para los anteojos o lentes de contacto, como grabados y aplicaciones con 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 el beneficio dental de DeltaCare USA:

- Cualquier procedimiento que no aparece específicamente en el Cuadro de Beneficios.
- Todas las tarifas relacionadas con la admisión, el uso o las hospitalizaciones, un centro de cirugía para pacientes ambulatorios, un centro de atención prolongada u otro centro de atención similar.
- Dentaduras postizas completas, mantenedores de espacio y coronas perdidas o robadas.
- Gastos dentales en los que se incurra en conexión con cualquier procedimiento dental que empezó después de la cancelación de elegibilidad para cobertura.

- Gastos dentales en los que se incurra en relación con cualquier procedimiento dental que se realice antes de que la persona inscrita sea elegible para el programa dental prepagado. Entre los ejemplos se incluyen: dientes preparados para coronas, dentaduras postizas completas y parciales, endodoncias en curso.
- Malformaciones congénitas (p. ej., falta de dientes por razones congénitas, dientes supernumerarios, displasias de dentina y esmalte, etc.) a menos que estén incluidas en el Cuadro de Beneficios.
- Dispensación de medicamentos que no se suministran normalmente en un centro de atención dental, a menos que estén incluidos en el Cuadro de Beneficios.
- Cualquier procedimiento que en la opinión profesional del dentista contratado, especialista contratado o consultor del plan dental:
 - ♦ no se pueda pronosticar un resultado satisfactorio y una duración razonable debido al estado del diente o de los dientes y/ o de las estructuras cercanas o
 - ♦ que no siga las normas de la práctica dental generalmente aceptadas.
- Servicios dentales recibidos en cualquier centro de atención dental diferente al dentista contratado asignado, incluidos los servicios de un especialista dental a menos que esté expresamente autorizado por escrito o indicado como “Atención dental de emergencia” en el Cuadro de Beneficios. Para obtener la autorización por escrito, la persona inscrita debe llamar al Departamento de Servicio al cliente al **1-877-644-1774**.
- Consultas para beneficios no cubiertos.
- Restauraciones realizadas únicamente por motivos estéticos, abrasiones, desgaste, erosión, restauración o alteración de la dimensión vertical, malformación congénita o de desarrollo de los dientes.
- Los procedimientos endodónticos o de restauración preventivos no son un beneficio para los dientes que se conservan para sobredentaduras.
- Aparatos o restauraciones necesarias para aumentar la dimensión vertical, reemplazar o estabilizar la pérdida de la estructura dental debido al desgaste, realineamiento de los dientes, ferulización periodontal, registros gnatológicos, equilibrio o tratamiento de alteraciones de la articulación temporomandibular (TMJ), a menos que estén incluidos en el Cuadro de Beneficios.
- Un plan de tratamiento inicial que implica la extirpación y el restablecimiento de los contactos oclusales de 10 o más dientes con coronas se considera una reconstrucción completa de la boca en el programa dental prepagado. Las coronas asociadas con dicho plan de tratamiento no son beneficios cubiertos. Esta exclusión no elimina el beneficio de otros servicios cubiertos.
- Metales preciosos para aparatos removibles, bases blandas permanentes o metálicas para dentaduras postizas completas, dientes de dentaduras postizas de porcelana y personalización y caracterización de dentaduras postizas completas.

- Extracción de dientes cuando los dientes son asintomáticos/no tienen patologías (no hay signos ni síntomas de patología o infección), incluida por ejemplo la extracción de los terceros molares.
- Modalidades de tratamiento de trastornos de la articulación temporomandibular que implican prostodoncia, ortodoncia y rehabilitación oclusal completa o parcial, o procedimientos para trastornos de la articulación temporomandibular realizados exclusivamente para el tratamiento del bruxismo.
- Procedimientos de vestibuloplastia/extensión de la cresta realizados el mismo día de servicio que las extracciones (D7111-D7250) en el mismo arco.
- Sedación profunda/anestesia general para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, anestesia, inhalación de óxido nitroso o para analgesia/sedación consciente intravenosa.
- Analgesia/sedación consciente intravenosa para procedimientos cubiertos en la misma fecha de servicio que la analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso o para sedación profunda/anestesia general.
- Inhalación de óxido nitroso cuando se administra con otros procedimientos de sedación cubiertos.

Limitaciones de DeltaCare USA

Los siguientes servicios y productos tienen cobertura limitada en el beneficio dental de DeltaCare USA:

- La frecuencia de ciertos Beneficios es limitada. Todas las limitaciones en la frecuencia se enumeran en el Cuadro de Beneficios.
- Un empaste es un beneficio para la eliminación de caries, para reparaciones menores de la estructura del diente o para reparar un empaste perdido.
- Una corona es un beneficio cuando no hay estructura de diente suficiente para permitir un empaste o para reemplazar una corona existente que no es funcional o no es restaurable y se cumple el límite de más de 5 años.
- El reemplazo de una corona existente o una dentadura postiza completa extraíble está cubierto cuando:
 - ♦ la restauración existente/dentadura postiza ya no es funcional y no puede hacerse funcional mediante reparación o ajuste y
 - ♦ la restauración existente/dentadura postiza se colocó 5 o más años antes del reemplazo.
- Las dentaduras postizas parciales provisionales (placas de retención) en conjunto con aparatos fijos o extraíbles, están limitadas al reemplazo de dientes anteriores extraídos en adultos durante un período de curación cuando no puede añadirse el diente a una dentadura postiza parcial existente.

- Los beneficios para un programa de tratamiento de tejidos blandos se limitan a esas partes, que se mencionan en la lista de servicios cubiertos en el Programa A. Si una persona inscrita rechaza los servicios no cubiertos de un programa de tratamiento de tejidos blandos, esto no elimina ni altera ningún otro beneficio cubierto.
- Una dentadura postiza inmediata, nueva, extraíble completa o cubierta incluye los ajustes posteriores a la entrega y el acondicionamiento de los tejidos sin costo adicional durante los primeros 6 meses después de la colocación si la persona inscrita sigue siendo elegible y el servicio se proporciona en el centro del dentista contratado donde se entregó originalmente la dentadura postiza.
- Las dentaduras postizas inmediatas están cubiertas cuando se cumplen una o más de las siguientes condiciones:
 - ♦ caries generalizada o en una gran extensión según las radiografías o
 - ♦ implicación periodontal grave indicada o
 - ♦ numerosos dientes que faltan lo que produce reducción de la capacidad de masticar y afecta negativamente la salud de la persona inscrita.
- Los servicios de implante son un beneficio solo cuando las condiciones médicas excepcionales se documentan y revisan para comprobar su necesidad desde el punto de vista médico y se obtiene una autorización previa. Las condiciones médicas excepcionales incluyen, entre otras:
 - ♦ Cáncer de la cavidad oral que requiere cirugía de ablación y/o radiación y que produce la destrucción del hueso alveolar, de modo que las estructuras óseas restantes no sean compatibles con prótesis dentales convencionales.
 - ♦ Atrofia grave de la mandíbula y/o del maxilar superior que no puede corregirse con procedimientos de extensión vestibular o procedimientos de aumento óseo, y las prótesis convencionales no funcionan para el afiliado.
 - ♦ Deformidades esqueléticas que excluyen el uso de prótesis convencionales (como artrogriposis, displasia ectodérmica, anodoncia parcial y displasia cleidocraneal).
- Ciertos procedimientos indicados realizados por un especialista pueden considerarse primarios en la cobertura médica del afiliado. Los beneficios dentales se coordinarán de acuerdo a esto.
- La sedación profunda/anestesia general o analgesia/sedación consciente intravenosa para procedimientos cubiertos requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en una limitación física o mental o una contraindicación al agente anestésico local.
- La administración de sedación profunda/anestesia general (D9223), óxido nitroso (D9230) y analgesia/sedación consciente intravenosa (D9241 y D9242) se considera un beneficio en conjunto con los procedimientos asociados por los que se paga. Es posible que se niegue el pago o una autorización previa si se niegan todos los procedimientos asociados por parte del mismo proveedor. Solo se paga un procedimiento de anestesia por fecha de servicio independientemente de los métodos de administración o los medicamentos usados.

-
- La administración de sedación consciente no intravenosa (D9248) requiere documentación para justificar la necesidad médica basada en un problema físico, del comportamiento, del desarrollo o emocional que impide que el paciente responda a los intentos del proveedor de realizar el tratamiento. No se considera un beneficio en la misma fecha de servicio que la sedación profunda/anestesia general (D9223), analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso (D9230) o analgesia/sedación consciente intravenosa (D9241 y D9242), o cuando se deniegan los procedimientos asociados en la misma fecha de servicio por parte del mismo proveedor.
 - Tratamiento de las complicaciones (postquirúrgicas) – circunstancias inusuales, por informe (D9930) es un beneficio para el tratamiento de la alveolitis seca o sangrado excesivo en los 30 días siguientes a la fecha de servicio de una extracción o para la extirpación de fragmentos óseos en los 30 días siguientes a la fecha de servicio de una extracción.

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

SECCIÓN 1.	Introducción	123
Sección 1.1	En este capítulo se describe la cobertura para los medicamentos de la Parte D	123
Sección 1.2	Reglas básicas sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan.....	124
SECCIÓN 2.	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo.....	125
Sección 2.1	Para que las recetas tengan cobertura, debe usar una farmacia de la red.....	125
Sección 2.2	Cómo buscar las farmacias de la red.....	125
Sección 2.3	Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.....	126
Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	127
Sección 2.5	¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a nuestra red?	127
SECCIÓN 3.	Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos”	129
Sección 3.1	La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D tienen cobertura.....	129
Sección 3.2	¿Cómo sabe si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos?	130
SECCIÓN 4.	Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	130
Sección 4.1	¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos?	130
Sección 4.2	¿Qué tipos de restricciones se aplican?.....	131
Sección 4.3	¿Se aplica alguna de estas restricciones a sus medicamentos?	131
SECCIÓN 5.	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no tiene la cobertura que usted desea que tuviera?	132
Sección 5.1	Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto	132
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?	132

SECCIÓN 6.	¿Qué sucede si cambia la cobertura para uno de sus medicamentos?	134
Sección 6.1	La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	134
Sección 6.2	¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está usando?	135
SECCIÓN 7.	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre nuestro plan?	137
Sección 7.1	Tipos de medicamentos sin cobertura.....	137
SECCIÓN 8.	Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta	138
Sección 8.1	Presente su tarjeta de membresía	138
Sección 8.2	¿Qué sucede si no lleva la tarjeta de membresía?	138
SECCIÓN 9.	Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales	138
Sección 9.1	¿Qué sucede durante una hospitalización o estancia en un centro de enfermería especializada con cobertura de nuestro plan?	138
Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?.....	139
Sección 9.3	¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	139
SECCIÓN 10.	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración.....	140
Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura.....	140
Sección 10.2	Drug Management Program (DMP) para ayudar a que los miembros usen sus medicamentos opiáceos de forma segura	141
Sección 10.3	Programa de administración del tratamiento con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros en el manejo de sus medicamentos	141



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

Como es elegible para Medicaid, califica para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta. Si participa en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta médica de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos de venta con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que incluye información sobre 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 para el uso de la cobertura de medicamentos de la Parte D. En el capítulo siguiente, se presenta información sobre cuánto paga por medicamentos de la Parte D (Capítulo 6, “Cuánto paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”).

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, cubrimos algunos medicamentos con los beneficios médicos de nuestro plan. Con nuestra cobertura de beneficios de Medicare Parte A, en general cubrimos los medicamentos que recibe durante la estancia en un hospital o centro de enfermería especializada. Con nuestra cobertura de beneficios de Medicare Parte B, cubrimos medicamentos, entre ellos ciertos medicamentos de quimioterapia, ciertos medicamentos inyectables que se administran durante una visita al consultorio y medicamentos que recibe en un centro de atención de diálisis. En el Capítulo 4, “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”, se describen los beneficios y costos de los medicamentos que recibe durante una hospitalización o la estancia en un centro de enfermería especializada, así como los beneficios y costos de medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos podrían tener la cobertura de Original Medicare si está en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Solo cubrimos medicamentos y servicios de Medicare Parte A, Parte B y Parte D que no se relacionen con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas, por lo que no tienen cobertura del beneficio de centros de cuidados paliativos de Medicare. Consulte más información en 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 de cuidados paliativos, consulte la sección correspondiente en el Capítulo 4, “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”.

En las secciones siguientes se analiza la cobertura de medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D de nuestro plan. En la Sección 9 de este capítulo, “Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales”, se incluye más información sobre la cobertura de la Parte D y Original Medicare.

Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos de venta con receta tienen cobertura a través de sus beneficios de Medicaid. Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para averiguar qué medicamentos están cubiertos a través de Medi-Cal (Medicaid) (consulte en el Capítulo 2 la información de contacto) o en <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) debe extenderle la receta médica.
- El profesional que receta debe aceptar Medicare o enviar documentación a los CMS en la que demuestre que está calificado para extender 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 si cumplen con este requisito. Si no es así, tenga en cuenta que a estos profesionales que recetan les llevará tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2, “Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo de nuestro plan”).
- Su medicamento debe estar en la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020** (la llamaremos “Lista de Medicamentos”, para abreviar). (Consulte la Sección 3, “Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos”).
- Su medicamento se debe usar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o el respaldo de ciertos libros de referencia. (Consulte más información sobre una indicación médicamente aceptada en la Sección 3).

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 información sobre cuándo cubriríamos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red en la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos de venta con receta cubiertos. La frase “medicamentos con cobertura” se refiere a los medicamentos de venta con receta 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**) 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 suele usar deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar otra farmacia 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**.

¿Qué sucede si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que surten medicamentos para terapias de infusiones en el hogar.
- Farmacias que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (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 LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir habitualmente sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC, que usan por lo general los centros de 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 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 nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Dichas farmacias deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la Administración de Alimentos y Medicamentos o que requieren manejo especial, coordinación de proveedores o enseñanza sobre su uso. **Nota: Esta situación debe ser infrecuente.**

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 condición 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 en **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 8 p. m., sábados de 8 a. m. a 6 p. m. y domingos de 9 a. m. a 6 p. m. o al número que aparece resaltado en la etiqueta de su receta médica 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 de venta con receta. Si tiene preguntas sobre si una receta médica se puede surtir por correo, llame a una farmacia de la red o consulte nuestra Lista de Medicamentos, para ver cuáles medicamentos se pueden enviar por correo.

En general, las entregas de la farmacia de pedidos por correo demoran menos de 5 días. Si la entrega por correo se demora, llame al número mencionado anteriormente o incluido en la etiqueta del frasco del medicamento de venta con receta para recibir ayuda. Además, si no puede esperar a recibir su receta médica de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un

suministro de urgencia llamando a su farmacia minorista local de la red que aparece en su **Directorio de Farmacias** o en kp.org/directory. Tenga en cuenta que es posible que tenga que pagar más si obtiene un suministro de 100 días en una farmacia minorista de la red en lugar de en nuestra farmacia de pedidos por correo.

Resurtido de recetas médicas por correo. Para resurtidos, comuníquese con la farmacia al menos 5 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, 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 con regularidad para una condición médica crónica o de 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 obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Para ver qué farmacias de nuestra red ofrecen la opción de recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el **Directorio de Farmacias**. También puede llamar a 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, cubriríamos las recetas médicas surtidas en una farmacia que no pertenece a la red en las siguientes circunstancias:

- Si está de viaje en Estados Unidos y sus territorios, pero está fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos de venta con receta que cubre la Parte D, cubrimos recetas surtidas en una farmacia que no pertenece a la red solo en circunstancias limitadas e inusuales, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D y atención de emergencia en la red o que no pertenece a la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro de hasta 30 días por una farmacia que no pertenece a la red. **Nota:** 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 a tiempo dentro de nuestra área de servicio, porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que estén abiertas 24 horas al día. Es posible que no cubramos la receta médica 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 médica 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 de venta con receta médica 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 tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta el medicamento. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (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 cuenta con una **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**. En este folleto de **Evidencia de Cobertura**, la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

Con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, nuestro plan elige 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.

La Lista de Medicamentos incluye los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D (la Sección 1.1 de este capítulo contiene información sobre los medicamentos de la Parte D). Además de los medicamentos cubiertos por Medicare, algunos medicamentos de venta con receta tienen cobertura a través de los beneficios de Medi-Cal (Medicaid). Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para averiguar qué medicamentos están cubiertos a través de Medi-Cal (Medicaid) (consulte en el Capítulo 2 la información de contacto) o en <http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/FormularyFile.aspx>.

En general, cubrimos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos del plan, siempre y cuando usted cumpla con las demás reglas de cobertura explicadas en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que:

- Ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos ha aprobado el medicamento para el diagnóstico o la condición médica para la cual es recetado).
- O lo respaldan ciertos libros de referencia. (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores).

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y genéricos

Un medicamento genérico es un medicamento de venta con receta que tiene los mismos componentes activos que el medicamento de marca. En general, tiene el mismo efecto que el medicamento de marca, pero es más económico. Hay sustitutos genéricos de la mayoría de los medicamentos de marca.

¿Qué *no* se incluye en nuestra Lista de Medicamentos?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos de venta con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare ofrezca cobertura de ciertos tipos de medicamentos (consulte más información al respecto en la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento dado en nuestra Lista de Medicamentos.
- Comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) para averiguar qué medicamentos están cubiertos a través de Medi-Cal (Medicaid) (consulte en el Capítulo 2 la información de contacto) o 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. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en **kp.org**.
2. Visite nuestro sitio web (**kp.org/seniorrx**). La Lista de Medicamentos (**Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**) 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 de Kaiser Permanente de 2020**) 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 de venta con receta. Un equipo de médicos y farmacéuticos crearon estas reglas, para ayudar a que nuestros miembros usen los medicamentos con la mayor eficacia posible. Estas reglas especiales también contribuyen a controlar el costo general de los medicamentos, lo que permite que la cobertura de los medicamentos sea más asequible.

En general, nuestras reglas lo alientan a obtener un medicamento que sea eficaz para tratar su condición médica y seguro. Si hay 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 recomendar a usted y a su médico que usen la opción de menor costo. También debemos cumplir con las reglas y reglamentos de Medicare 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 exijamos esta restricción en su caso, deberá pasar por el proceso de decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o negarnos a anular la restricción en su caso. (Consulte la Sección 7.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos (**Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**). 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 tabletas 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 siguientes, se explican los tipos de restricciones que 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 suele ser más económico. Si hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán el genérico. En general, no cubriremos el medicamento de marca cuando haya una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informa que hay una razón médica por la que la versión genérica u otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición no funcionarán en su caso, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo del medicamento de marca podría ser mayor que la de la versión genérica).

Cómo obtener la aprobación previa del plan

En el caso de ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación de nuestro plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se llama “**autorización previa**”. A veces, este requisito de obtener una aprobación previa ayuda a guiar el uso apropiado 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/seniorrx).

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 de servicio a los miembros para averiguar qué necesitaría usted o su proveedor para obtener la cobertura para el medicamento. Si desea que no exijamos esta restricción en su caso, deberá pasar por el proceso de decisiones de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Podemos aceptar o negarnos a anular la restricción en su caso. (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. Es posible que un medicamento de venta con receta que recibe actualmente, o uno que usted y su proveedor crean que debería recibir, no esté incluido en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o lo esté con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no tenga cobertura en absoluto. Podría ser que ofrezcamos cobertura de la versión genérica de un medicamento, pero no de la versión de marca que desea recibir.
- Aunque el medicamento está cubierto, se aplican reglas o restricciones adicionales a 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 renunciemos a la restricción.

Si un medicamento no está cubierto como desearía que lo estuviera, 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:

- Podría recibir un suministro provisional del medicamento (solo para miembros que están bajo ciertas circunstancias). Esto dará tiempo a que usted y su proveedor cambien a otro medicamento o presenten una solicitud para que se cubra el medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.

- Puede pedirnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento o eliminemos las restricciones a las que está sujeto.

Podría recibir un suministro provisional

En ciertas circunstancias, podemos ofrecerle la opción de recibir un suministro provisional cuando el medicamento que necesita no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos o está restringido de algún modo. Esto le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y determinar qué hacer.

A fin de ser elegible para recibir un suministro provisional, **debe cumplir los dos requisitos siguientes:**

1. El cambio en su cobertura del medicamento debe ser por una de estas razones:

- ♦ 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 información sobre restricciones en la Sección 4 de este capítulo).

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

- ♦ **Miembros nuevos o que estuvieron en nuestro plan el año previo:** 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 ya estaba en el plan el año previo. Este suministro provisional será hasta para 30 días. Si su receta médica es por menos días, permitiremos que resurta varias veces un suministro de medicamento hasta para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que posiblemente la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez, para evitar el desperdicio).
- ♦ **En el caso de miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediato:** Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o de menos días si así lo indica la receta médica. Este suministro es adicional al suministro temporal antes mencionado.
- ♦ **Para los miembros actuales con cambios en el nivel de atención,** si ingresa o recibe el alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de atención a largo plazo para pasar a un centro de atención diferente o a su casa, esto es lo que se conoce como cambio en el nivel de atención. Cuando cambia su nivel de atención, es posible que requiera un surtido adicional de su medicamento. En general, cubriremos un suministro de hasta un mes de sus medicamentos de la Parte D durante este período de transición de nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos.

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

Puede cambiar de medicamento

El primer paso es hablar con su proveedor. Es posible que haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener una lista de los medicamentos cubiertos para tratar la misma condición médica. Esta lista puede servirle de ayuda a su proveedor para 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 cubramos el medicamento como le gustaría a usted. Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, puede ayudarle 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 cubramos el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Sección 7.4 del Capítulo 9 encontrarán información al respecto. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

Las 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. Se vuelvan disponibles nuevos medicamentos, entre ellos nuevas versiones genéricas. El gobierno apruebe un nuevo uso de un medicamento. A veces, se retira un medicamento del mercado y, por lo tanto, decidimos no cubrirlo. También podríamos quitar un medicamento de la lista porque se determina que es ineficaz.
- Se agregan o quitan restricciones a la cobertura de un medicamento (consulte más información sobre estas restricciones en la Sección 4 de este capítulo).

- Se reemplaza un medicamento de marca con su versión genérica.

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

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

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando los cambios a la Lista de Medicamentos se producen durante el año, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. Actualizaremos con regularidad la Lista de Medicamentos en línea, para incluir los cambios que hayan ocurrido después de la última actualización. Abajo mencionamos las ocasiones en que recibiría un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que esté recibiendo. 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).

¿Lo afectan inmediatamente los cambios en la cobertura de los medicamentos?

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos siguientes, lo afectarán los cambios de cobertura durante el año actual:

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca).**
 - ♦ Es probable que retiremos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica aprobada del mismo medicamento, que tendrá el mismo nivel o un menor nivel de costo compartido y las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico podemos decidir que se conserve el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moviéndolo de inmediato a un nivel de costo compartido superior o añadiendo nuevas restricciones.
 - ♦ Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, incluso si actualmente recibe el medicamento de marca.
 - ♦ Usted y quien receta, pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.
 - ♦ Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hagamos el cambio, le daremos la información sobre el cambio específico que realicemos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir a fin de solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- **Se retiran del mercado medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos.**

- ♦ De vez en cuando, es posible que se retire repentinamente un medicamento porque se descubre que es peligroso o se retire del mercado por otra razón. Si esto sucede, quitaremos inmediatamente el medicamento de nuestra Lista de Medicamentos. Si está recibiendo ese medicamento, le haremos saber de inmediato este cambio.
- ♦ El médico que le receta el medicamento también estará al tanto del cambio y lo ayudará a buscar otro medicamento para su condición médica.

- **Otros cambios en medicamentos de la Lista de Medicamentos.**

- ♦ Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que recibe, una vez que el año comience. 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 restricciones nuevas al medicamento de marca. También podríamos hacer cambios con base en las advertencias en recuadro de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare. Debemos notificarle del cambio al menos con 30 días de anticipación o notificarle del cambio y ofrecerle un resurtido para 30 días en una farmacia de la red el medicamento que está tomando.
- ♦ Una vez que reciba la notificación del cambio, debe hablar con el médico que receta para determinar si comenzará a usar otro medicamento que cubramos.
- ♦ O usted y el médico que receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos cubriendo el medicamento. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

Cambios a medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a personas que reciben actualmente el medicamento: En relación con cambios a la Lista de Medicamentos que no se describen anteriormente, si actualmente recibe el medicamento, los cambios siguientes no lo afectarán hasta el 1 de enero del próximo año, si se queda en el plan:

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

Si cualquiera de estos cambios aplica para un medicamento que usted toma (pero no debido a que se retiró del mercado, a que un medicamento genérico reemplazó a uno de marca o a otro cambio que se haya mencionado en la sección anterior), ninguno afectará el modo de uso ni la parte del costo que usted paga 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. Este año recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afectan. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán y es importante revisar la Lista de Medicamentos del nuevo año para consultar cualquier cambio a los medicamentos.

SECCIÓN 7. ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre nuestro plan?

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

En esta sección se describen los tipos de medicamentos de venta con receta que están “excluidos”. Esto significa que Medicare no paga por ellos.

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 a causa de sus circunstancias específicas. (Consulte información sobre cómo presentar una apelación si decidimos no cubrir un medicamento en la Sección 7.5 del Capítulo 9 de este folleto).

Las siguientes son tres reglas generales acerca de los medicamentos que no cubrirá **la Parte D** de los planes de medicamentos de Medicare:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede incluir medicamentos que tienen cobertura de Medicare Partes A o B.
- El plan no cubre medicamentos que se compran fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso no indicado. El “uso no indicado” es todo uso del medicamento distinto de los que se especifican en su etiqueta como la aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - ♦ En general, el “uso no indicado” tiene cobertura solo si lo respalda lo publicado en ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information, DRUGDEX Information System y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology o sus sucesores. Si el “uso no indicado” no se fundamenta en ninguno de estos libros de referencia, el plan no cubrirá su “uso no indicado”.

Además, por ley, las categorías de medicamentos indicados a continuación no tienen cobertura a través de Medicare. Sin embargo, algunos de estos medicamentos pueden estar cubiertos para usted a través de su cobertura de medicamentos de Medicaid (comuníquese con su agencia estatal de Medicaid para obtener más información):

- Medicamentos de venta sin receta médica (también llamados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos que se usan para promover la fertilidad.
- Medicamentos para aliviar la tos o síntomas del resfriado.
- Medicamentos para propósitos estéticos o para favorecer el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales de venta con receta, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.

- Medicamentos para pacientes ambulatorios cuando el fabricante requiere que las pruebas o servicios de monitoreo relacionados con ellos 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 muestre esta tarjeta, la farmacia de la red facturará directamente al plan nuestra parte del costo del medicamento de venta con receta cubierto. Usted tendrá que pagar a la farmacia su costo compartido al retirar la receta médica. Tenga en cuenta que tendrá que usar su tarjeta de identificación de Medi-Cal (Medicaid) cuando obtenga medicamentos cubiertos por Medi-Cal (Medicaid) que estén excluidos de la cobertura de Medicare Parte D.

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

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

Si el farmacéutico no logra obtener la información que necesita, es posible que tenga que pagar el costo total de la receta médica al recogerlo. Luego, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Consulte más información sobre cómo solicitar un reembolso en la Sección 2.1 del Capítulo 7.

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

Sección 9.1 ¿Qué sucede durante una hospitalización o estancia en un centro de enfermería especializada con cobertura de nuestro plan?

Si le admiten, con cobertura del plan, a un hospital o a un centro de enfermería especializada, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos de venta con receta que reciba durante la hospitalización. Una vez que recibe el alta del hospital o el centro de enfermería especializada, cubriremos sus medicamentos en la medida en que cumplan con todas las reglas de cobertura. Consulte más información sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos en partes previas de esta sección. En el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”), encontrará más información sobre la cobertura de medicamentos y cuánto paga.

Sección 9.2 ¿Qué sucede si es residente de un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?

En general, los centros de cuidados a largo plazo (LTC) como, por ejemplo, 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 restringido de algún modo, cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será hasta para 31 días o para menos días si así se indica en la receta médica. (Tenga en cuenta que posiblemente la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez, para evitar el desperdicio).

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 a la cobertura del medicamento, cubriremos un suministro para 31 días, o para menos días si así lo indica 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. Es posible que haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. O usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como le gustaría. 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 guardan relación con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del profesional que receta o del proveedor del centro de cuidados paliativos en el que se indique que el medicamento no se relaciona con su condición médica, a fin de que el plan pueda cubrir el medicamento. A fin de evitar demoras en su recepción de medicamentos no relacionados que nuestro plan debe cubrir, puede pedir al proveedor del centro de cuidados paliativos o el profesional que receta que verifiquen si tenemos

el aviso de que el medicamento no se relaciona con su condición médica antes de que pida en una farmacia que le surtan el medicamento de venta con receta.

Si cancela su elección del centro de cuidados paliativos o recibe el alta de este centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Con el fin de 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 en partes previas de este capítulo las reglas para obtener la cobertura de medicamentos de la Parte D. En el Capítulo 6 “Cuánto paga por sus medicamentos de venta con receta 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 miembros de Kaiser Permanente que usan medicamentos que recetan distintos proveedores.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta médica. También revisamos periódicamente nuestros registros. Al hacerlo, buscamos posibles problemas, como:

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que podrían ser innecesarios porque ya recibe otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados a causa de su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden resultar dañinas si los usa simultáneamente.
- Recetas médicas de medicamentos con componentes a los que es alérgico.
- Posibles errores en las dosis de un medicamento que recibe.
- Cantidades no seguras de analgésicos opiáceos.

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

Sección 10.2 Drug Management Program (DMP) para ayudar a que los miembros usen sus medicamentos opiáceos de forma segura

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros tomen de forma segura sus medicamentos opioides de venta con receta u otros medicamentos de los que se abusa frecuentemente. Se llama Drug Management Program (DMP). Si toma medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, podemos hablar con sus médicos para garantizar que su uso es adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que está en riesgo de tomar de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, podemos limitar cómo obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Requerir que surta todas sus recetas médicas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas en una sola farmacia.
- Requerir que obtenga todas sus recetas médicas de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas de un solo médico.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiazepinas que le cubriremos.

Si decidimos que una o más de estas limitaciones se deben aplicar en su caso, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique los términos de las limitaciones que consideremos que aplican para usted. También tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar. Si considera que cometimos un error o si está en desacuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de abusar de medicamentos de venta con receta o con la limitación, usted y el médico que le receta tienen derecho a presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no aplique en su caso si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer, o si recibe cuidados paliativos, para enfermos terminales o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de administración del tratamiento con medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros en el manejo de sus medicamentos

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

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

Nuestro programa se llama programa de Medication Therapy Management (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para distintas condiciones médicas podrían 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 con usted sobre cuál es la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y los problemas o preguntas que tenga sobre sus medicamentos de venta con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito de esta conversación. El resumen contiene un plan de acción de medicamentos, en el que se recomienda lo que puede hacer para usar sus medicamentos de la mejor manera, con espacio para que escriba notas o preguntas de seguimiento. También le darán una lista personal de medicamentos, que incluirá todos los medicamentos que toma y por qué los toma.

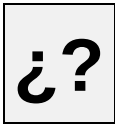
Es una buena idea que la revisión de sus medicamentos se haga antes de su visita para el “bienestar” anual, de modo que pueda hablar con su médico sobre su plan de acción y su lista de medicamentos. Lleve su plan de acción y su lista de medicamentos cuando asista a una visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, lleve su lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) cuando vaya a un hospital o 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, 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 de venta con receta de la Parte D

SECCIÓN 1.	Introducción	145
Sección 1.1	Use la información en este capítulo junto con otros materiales donde se explica su cobertura para medicamentos	145
Sección 1.2	¿Qué tipos de gastos de bolsillo puede tener que pagar para recibir medicamentos cubiertos?	146
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.....	146
Sección 2.1	¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal?	146
SECCIÓN 3.	Le enviaremos informes que expliquen los pagos de sus medicamentos y que le indiquen en qué etapa de pago se encuentra.....	147
Sección 3.1	Le enviaremos un informe mensual llamado “Explicación de beneficios de la Parte D” (la “Explicación de Beneficios de la Parte D”).	147
Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos por medicamentos	148
SECCIÓN 4.	Durante la Etapa de Deducible, paga el costo total de los medicamentos	149
Sección 4.1	Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya gastado \$435 en sus medicamentos*	149
SECCIÓN 5.	Durante la etapa inicial de cobertura, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje	150
Sección 5.1	Tabla de costos para un suministro de un mes de un medicamento	150
Sección 5.2	Si su médico receta un suministro para menos de un mes, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero.....	150
Sección 5.3	Tabla de los costos para un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta 100 días)	151
Sección 5.4	Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma de los costos totales de los medicamentos que compra durante el año alcanza \$4,020*	152

SECCIÓN 6.	Durante la Etapa de Intervalo en la cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos*	152
Sección 6.1	Permanece en la Etapa de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$6,350*	152
Sección 6.2	Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo para los medicamentos de venta con receta.....	153
SECCIÓN 7.	En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, pagamos la mayoría de los costos de sus medicamentos*	155
Sección 7.1	Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año*	155
SECCIÓN 8.	Lo que paga por vacunas cubiertas por la Parte D depende de cómo y dónde las compre	155
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.....	155
Sección 8.2	Le recomendamos que llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros antes de vacunarse	157



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

Como es elegible para Medicaid, califica para recibir y recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar los costos de su plan de medicamentos de venta con receta. Si participa en el programa de “Ayuda adicional”, **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos de venta con receta médica de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un documento por separado, llamado “Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben ayuda adicional para sus medicamentos de venta con receta” (también conocida como “Cláusula de subsidio por bajos ingresos” o la “Cláusula LIS”), que incluye información sobre 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 de venta con receta de la Parte D. A fin de simplificar, en este capítulo usamos “medicamento” para referirnos a los medicamentos de venta con receta de la Parte D. Como se describió en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos están excluidos, por ley, de dicha parte. Algunos medicamentos excluidos de la cobertura de la Parte D están cubiertos a través de Medicare Parte A o Parte B o a través de Medi-Cal (Medicaid).

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

- **Nuestra Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020.** A fin de simplificar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
 - ♦ En ella, se indica qué medicamentos están cubiertos en su caso.
 - ♦ También le indica si hay alguna restricción en su cobertura del medicamento.
 - ♦ 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 de Medicamentos también aparece en nuestro sitio web, **kp.org/seniorrx**. La Lista de Medicamentos publicada en el sitio web siempre es la más actualizada.

- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 incluye los detalles de la cobertura de medicamentos de venta con receta, entre ellos las reglas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En este capítulo también se describen los tipos de medicamentos de venta con receta que no tienen cobertura de nuestro plan.
- **Directorio de Farmacias de nuestro plan.** En la mayoría de los casos, usted debe comprar sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (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 gastos de 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 los tipos de gastos de bolsillo que puede tener que pagar para recibir servicios cubiertos. El monto que paga por un medicamento se llama “costo compartido” y son tres las formas en que se le puede pedir que lo pague.

- El “**deducible**” es el monto que debe pagar por sus medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- Un “**copago**” es un monto fijo que usted 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 indica en la siguiente tabla, nuestro plan cuenta con varias “etapas de pago de medicamentos” para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D. El monto que debe pagar por un medicamento depende de la etapa en que esté en el momento de surtir o resurtir una receta médica. Acuérdesse de que debe seguir pagando la prima mensual de su plan, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que esté.

Etapas	Etapas	Etapas	Etapas
Etapas de Deducible anual Si recibe “Ayuda adicional” para pagar sus medicamentos recetados, esta etapa de pago no aplica en su caso. Si no recibe “Ayuda adicional”, comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, paga el costo total de los medicamentos. Permanece en esta etapa hasta que haya pagado \$435 por los medicamentos (\$435 es el monto de su deducible). (En la Sección 4 de este capítulo, se incluyen los detalles).	Etapas de Cobertura Inicial Durante esta etapa, pagamos nuestra parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Permanece en esta etapa hasta que los “costos totales de medicamentos” del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) totalicen \$4,020. (En la Sección 5 de este capítulo, se incluyen los detalles).	Etapas de Intervalo en la Cobertura Durante esta etapa, usted pagará el 25 % del precio para los medicamentos de marca (más un porcentaje de la tarifa de suministro) y el 25 % del precio para los medicamentos genéricos. Continúa en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” del año a la fecha (sus pagos) totalicen \$6,350. Medicare establece este monto y las reglas para contabilizar los costos respecto a este monto. (En la Sección 6 de este capítulo, se incluyen los detalles).	Etapas de Cobertura para Catástrofes En esta etapa, pagaremos la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2020). (En la Sección 7 de este capítulo, se incluyen los detalles).

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 de venta con receta 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. En particular, damos seguimiento especial a dos tipos de costos:

- Registramos cuánto ha pagado. Esto se conoce como “**gastos de bolsillo**”.
- También registramos los “**costos totales de los medicamentos**”. Son la suma de lo que paga como gastos de bolsillo u otros pagos que se hacen en su nombre y lo que paga el plan.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Nuestro plan preparará un informe por escrito llamado **Explicación de Beneficios de la Parte D** (también se le llama “**EOB de la Parte D**”) si surtió una o más recetas a través de nuestro plan en el mes previo. En él, se incluye:

- **Información correspondiente a tal mes.** En este informe, se incluyen los detalles del pago de recetas médicas que surtió durante el mes previo. Se muestran los costos totales de medicamentos, lo que paga el plan, lo que paga usted y los pagos que otros hacen en su nombre.
- **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.** A fin de asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas, acuérdesse de presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** A veces, paga medicamentos de venta con receta y no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus gastos de bolsillo. Puede ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo entregándonos copias de los recibos de los medicamentos que compra. (Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitar al plan que pague el costo compartido que le corresponde del medicamento. Consulte instrucciones sobre cómo hacerlo en la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto). Los siguientes son algunos tipos de situaciones en las que se recomienda que nos proporcione copias de los recibos de medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que ha gastado 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.
 - ♦ Si hizo un copago por medicamentos que se proporcionan con un programa de asistencia para pacientes que ofrece el fabricante del medicamento.
 - ♦ Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan para los gastos de su bolsillo y lo ayudan a reunir los requisitos de la Cobertura para Catástrofes. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las entidades de beneficencia cuentan para los gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviarnoslos para que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba una **Explicación de Beneficios de la Parte D** (una **EOB de la Parte D**) por correo, revísela para asegurarse de que la información incluida esté completa y sea correcta. Si 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 optar por ver su **Explicación de beneficios de la Parte D** en línea en lugar de recibirla por correo. Visite **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. Son un registro importante de sus gastos de medicamentos.

SECCIÓN 4. Durante la Etapa de Deducible, paga el costo total de los medicamentos

Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya gastado \$435 en sus medicamentos*

Como la mayoría de nuestros miembros obtienen “Ayuda adicional” con los costos de los medicamentos recetados, la Etapa de Deducible no se aplica a muchos de ellos. Si recibe “Ayuda adicional”, esta etapa de pago no aplica en su caso.

Si no recibe “Ayuda adicional”, la Etapa de deducible es la primera etapa de pago para su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando usted surte su primera receta médica del año. Cuando usted está en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de los medicamentos** hasta que alcance el monto de deducible del plan, el cual es **\$435** para 2020.

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

Una vez que haya pagado **\$435** por los medicamentos, usted abandona la Etapa de Deducible y pasa a la siguiente etapa de pago de medicamentos: la Etapa de Cobertura Inicial.

SECCIÓN 5. Durante la etapa 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, la parte del costo de un medicamento cubierto será un coseguro.

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

Tenga en cuenta lo siguiente:

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

Su parte del costo por un suministro de 1 mes de un medicamento de venta con receta de la Parte D cubierto:

Farmacia	Lo que usted paga
• Farmacia de la red minorista o de pedidos por correo	Coseguro del 25 %
• Farmacia de la red de cuidados a largo plazo	
• Farmacia que no pertenece a la red (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)	

Sección 5.2 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, es posible 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 recetarle un suministro de medicamentos menor a 1 mes. Podría haber ocasiones en las que quiera pedir a su médico que le recete menos de 1 mes de suministro de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando por primera vez un medicamento del que se sabe que tiene efectos secundarios graves). Si su médico le receta un suministro para menos de 1 mes, no tendrá que pagar el suministro del mes completo de ciertos medicamentos.

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

El monto que pague cuando reciba un suministro para menos de 1 mes dependerá de si es responsable de pagar el coseguro (porcentaje del costo total) o copago (un monto fijo en dólares).

- Si 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, el costo del medicamento completo será menor si recibe un suministro para menos de 1 mes, de modo el monto que paga será inferior.
- Si es responsable del copago del medicamento, su copago se basará en el número de días del medicamento que reciba. Calcularemos el monto que paga diariamente por su medicamento (la “tarifa diaria de costo compartido”) y la multiplicaremos por el número de días de medicamento que recibe.

El siguiente es un ejemplo: Suponga que el copago de su medicamento por un suministro de 1 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.

Con costos compartidos diarios, puede asegurarse de que un medicamento es adecuado en su caso antes de tener que pagar el suministro de 1 mes completo. También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le despache, el suministro de uno o más medicamentos para menos de 1 mes, si esto 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)

Con ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) cuando surta su receta médica. El suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días. (Consulte más detalles sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento en la Sección 2.4 del Capítulo 5).

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

Su parte del costo cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento de venta con receta de la Parte D cubierto:

Farmacia	Lo que usted paga
Farmacia de la red minorista o de pedidos por correo	Coseguro del 25 %

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

Sección 5.4 Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma de los costos totales de los medicamentos que compra durante el año alcanza \$4,020*

Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma del costo de todos los medicamentos de venta con receta que surte o resurte llega a **\$4,020**, que es el límite de la Etapa de Cobertura Inicial.

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

- **Lo que ha pagado usted** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde su primera compra de medicamentos del año. (Consulte más información sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo en la Sección 6.2). Por ejemplo:
 - ♦ Los **\$435** que pagó cuando estaba en la Etapa de Deducible si no califica para recibir Ayuda adicional.
 - ♦ El monto total que usted pagó como el porcentaje que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial.
- **Lo que nuestro plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si se inscribiera en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante 2020, el monto que pagó el plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** que le enviamos lo ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no llegan al límite de **\$4,020** en un año.

Le avisaremos si alcanza este monto de **\$4,020**. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Intervalo en la Cobertura.

SECCIÓN 6. Durante la Etapa de Intervalo en la cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos***Sección 6.1 Permanece en la Etapa de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$6,350***

Cuando está en la Etapa 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 la tarifa de entrega por los **medicamentos de marca**. Tanto el monto que paga usted como el monto descontado por el fabricante cuentan para los gastos de bolsillo como si los hubiese pagado usted, y le permiten avanzar en la Etapa de Intervalo en la Cobertura.

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

También recibe algo de cobertura de medicamentos genéricos. Usted paga hasta el **25 %** del costo de los **medicamentos genéricos** y nosotros pagamos el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga el plan (75 %) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solo cuenta el monto que paga usted, y le hace avanzar en la Etapa de Intervalo en la Cobertura. Continúa pagando el precio con descuento de medicamentos de marca y no más del 25 % de los costos de los medicamentos genéricos hasta que los pagos de gastos de bolsillo alcancen el monto máximo que ha establecido Medicare. En 2020, esa cantidad es de **\$6,350**.

Medicare tiene reglas respecto a lo que cuenta y lo que *no* cuenta como gastos de bolsillo. Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **\$6,350**, sale de la Etapa de Intervalo en la Cobertura y pasa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo para los medicamentos de venta con receta

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

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, puede incluir los pagos que aparecen abajo (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplan con las reglas de cobertura de medicamentos que se explican 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 de Cobertura Inicial.
 - ♦ Etapa de Intervalo en la Cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de venta con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted hace los pagos, entonces se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Se incluyen también los pagos que otra persona u organización haga en su nombre. Esto comprende pagos que realicen un amigo o familiar, la mayoría de las entidades de beneficencia, un programa de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA o el Indian Health Service. Asimismo, se incluyen los pagos que realiza el programa “Ayuda adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos que realiza el Medicare Coverage Gap Discount Program. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que paga nuestro plan por sus medicamentos genéricos.

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

Avance a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya tenido gastos de bolsillo por **\$6,350** durante el año calendario, pasará de la Etapa de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no se incluyen entre sus gastos de bolsillo

Cuando sume sus gastos de bolsillo, **no** puede incluir ninguno de estos tipos de pagos de medicamentos de venta con receta:

- El monto que paga como prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Los medicamentos que compra en una farmacia que no pertenece a la red y que no cumplen con los requisitos de cobertura en un lugar que no pertenece a la red del plan.
- Los medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos de venta con receta cubiertos de Medicare Parte A o Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realice nuestro plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura.
- Pagos de sus medicamentos que realicen planes de salud grupales, incluidos los planes de salud de empleadores.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por sus medicamentos de un tercero que tiene la obligación legal de cubrir los costos de medicamentos de venta con receta (por ejemplo, la compensación del trabajador).

Recordatorio: Si cualquier otra organización tales como las que se mencionan antes paga parte o la totalidad de los gastos de 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 gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos a hacerlo.** El informe de la **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** que le enviamos incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo trata sobre dicho informe). Cuando alcance como total de gastos de bolsillo **\$6,350** en el año, en este informe se indicará que ha pasado de la Etapa 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.

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

SECCIÓN 7. En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, pagamos la mayoría de los costos de sus medicamentos*

Sección 7.1 Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año*

Califica para avanzar a la etapa de cobertura para catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$6,350** en el año calendario. Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, seguirá en ella durante el resto del año calendario. En esta etapa, el plan pagará la mayoría de los costos de los medicamentos. Su parte del costo por un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea mayor:

- usted paga un coseguro del 5% del costo del medicamento
- o bien paga **\$3.60** por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico y
- **\$8.95** por los demás medicamentos.

Nosotros pagaremos el resto del costo.

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.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna en sí. La vacuna es un medicamento de venta con receta.
- La segunda parte de la cobertura es el costo de la vacunación. (Esto también se conoce como “administración” de la vacuna).

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

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

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

1. **El tipo de vacuna** (contra cuál enfermedad es la vacuna).
 - ♦ Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura que usted tiene de estas vacunas si consulta el Capítulo 4, “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”.
 - ♦ Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**.
2. **Dónde recibe la vacuna.**
3. **Quién le administra la vacuna.** Lo que debe pagar en el momento de recibir una vacunación de la Parte D varía según las circunstancias. Por ejemplo:
 - ♦ A veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y de la vacunación. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
 - ♦ En otras ocasiones, cuando recibe o se le administra una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo.

A continuación, para mostrarle cómo funciona esto, se describen tres formas en que podría recibir una vacuna de la Parte D. Recuerde, según cuál sea su nivel de Ayuda Adicional, usted es responsable de todos los costos asociados a las vacunas (incluida su administración) durante la Etapa de Deducible y la Etapa de Intervalo en la Cobertura de su beneficio.

Situación 1:

- Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y se la administran en la farmacia de la red. (Contar con esta opción depende de dónde viva. En algunos estados, las farmacias no están autorizadas para administrar vacunas).
 - ♦ Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago de la vacuna y el costo de la vacunación.
 - ♦ Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2:

- Recibe la vacunación de la Parte D en el consultorio de su médico.
 - ♦ Al momento de la vacunación, pagará el costo total de la vacuna y de su administración.
 - ♦ Después puede usar cualquiera de los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (“Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”) para pedirnos que le reembolsemos el costo compartido que nos corresponde.
 - ♦ Se le reembolsará el monto que haya pagado, menos su copago habitual para la vacuna (incluye su administración).

Situación 3:

- Compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y la lleva al consultorio de su médico para su administración.
 - ♦ Tendrá que pagar en la farmacia el monto de su copago de la vacuna en sí.
 - ♦ Cuando su médico le administre la vacuna, tendrá que 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 reembolse 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 ayudarlo. 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 bajar sus costos usando los proveedores y farmacias de la red.
- Si no puede usar un proveedor y una farmacia que pertenece a la red, podemos informarle lo que debe hacer para pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.

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

SECCIÓN 1.	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos	159
Sección 1.1	Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago.....	159
SECCIÓN 2.	Cómo solicitar un reembolso o el pago de una factura que haya recibido	161
Sección 2.1	Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago	161
SECCIÓN 3.	Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí” o “no”	162
Sección 3.1	Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar	162
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.....	162
SECCIÓN 4.	Otras situaciones en las que debería guardar sus recibos y enviarnos copias a.....	163
Sección 4.1	En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los gastos de bolsillo	163

SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos sus servicios o medicamentos cubiertos

Sección 1.1 Si usted paga sus servicios o medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago

Nuestros proveedores de la red facturan directamente al plan los costos de los servicios y medicamentos cubiertos. Si recibe una factura por el costo total de la atención médica o los medicamentos que ha recibido, debería enviarnos esa factura para que podamos pagarla. Cuando nos envíe la factura, la analizaremos y determinaremos si los servicios deben tener cobertura. Si es así, pagaremos directamente al proveedor.

Si ya ha pagado los servicios o medicamentos cubiertos por el plan, puede pedirnos que le devolvamos el dinero que pagó (esta devolución a menudo se llama “reembolso”). Tiene derecho a solicitar un reembolso siempre que pague una cantidad mayor que su parte del costo de medicamentos o servicios médicos cubiertos. Cuando nos envíe la factura que ya ha pagado, la analizaremos y determinaremos si los servicios o medicamentos deben tener cobertura. Si decidimos que deben tener cobertura, le reembolsaremos el costo de los servicios o medicamentos.

Los siguientes son ejemplos de situaciones en las que puede ser necesario que nos solicite un reembolso o que paguemos una factura que recibió:

Cuando ha recibido atención médica de emergencia o necesaria con urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red

Usted puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca a nuestra red o no. Cuando reciba servicios de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a nuestra red, debe pedirle al proveedor que envíe la factura a nuestro plan.

- Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, debe pedir que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de los pagos que haya realizado.
- A veces, es posible que reciba una factura de un proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos esta factura con los comprobantes de los pagos que ya haya realizado.
 - ♦ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
 - ♦ Si ya ha pagado más que su parte 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 siempre deben facturarnos directamente a nosotros. Pero a veces cometen un error y le piden que pague más que la parte del costo que le corresponde.

- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que el monto es mayor al que debería pagar, envíenos la factura. Contactaremos directamente al proveedor y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que ha pagado de más, envíenos la factura con documentación de la cantidad que pagó. Debería pedirnos que le devolvamos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que le correspondía pagar de acuerdo con la cobertura de nuestro plan.

Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

En ocasiones, la inscripción en nuestro plan es retroactiva. (“Retroactiva” significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción puede incluso haber sido el año pasado).

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

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 que no pertenece a la red

Si va a una farmacia que no pertenece a la red e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta médica, es posible que la farmacia no pueda enviarnos directamente la reclamación. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su receta médica. Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solo en algunas situaciones especiales. Consulte más información en la Sección 2.5 del Capítulo 5.

Acuérdese de guardar el recibo y enviarnos una copia cuando solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

Cuando pague el costo total de una receta médica porque no tiene consigo su tarjeta de membresía del plan

Si olvida llevar consigo su tarjeta de membresía del plan cuando va a surtir una receta médica, puede pedir a la farmacia que nos llame 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 tenga que pagar el costo total de la receta médica.

Acuérdese de guardar el recibo y enviarnos una copia cuando solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020** o está sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar en ese momento el medicamento, posiblemente tenga que pagar el costo total.
- Acuérdesse de guardar el recibo y enviarnos una copia cuando nos solicite el reembolso. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, revisaremos su solicitud y decidiremos si debería cubrirse el servicio o el medicamento. Esto se conoce como “tomar una decisión sobre la cobertura”. Si decidimos que debería estar cubierto, le pagaremos el costo compartido que nos corresponde pagar por el servicio o medicamento. Si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. Consulte información sobre cómo presentar una apelación en el Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

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

Sección 2.1 Cómo y adónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y los comprobantes de los pagos que haya realizado. Es una buena idea hacer copias de la factura y de los recibos para sus archivos.

A fin de 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 solicitarlo. 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

Nota: 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 sobre la 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 costo compartido que nos corresponde por el servicio. Si ya pagó el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó el servicio o medicamento, enviaremos por correo el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5 se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos de venta con receta de la Parte D cubiertos).
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió con todas las reglas, no pagaremos el costo compartido que nos corresponde por la atención médica o el 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.

Consulte los detalles sobre cómo presentar una apelación en el Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”. La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si presentar una apelación es algo nuevo para usted, encontrará útil comenzar con la lectura de la Sección 5 del Capítulo 9. La Sección 5 es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones, y le ofrece definiciones de términos tales como “apelación”. Después de leer la Sección 5, puede consultar la sección del Capítulo 9 donde se describe qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para el reembolso del pago de un servicio médico, vaya a la Sección 6.3 del Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para el reembolso del pago de 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 a

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de los gastos de 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. Por el contrario, necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Enviarnos estos datos puede ayudarlo a calificar antes para avanzar a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

A continuación se presenta una situación en la que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que haya realizado por sus medicamentos:

Cuando obtiene un medicamento por medio de un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica

- Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por el fabricante de medicamentos que es independiente de los beneficios de nuestro plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.
 - ♦ Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia para que podamos calcular sus gastos de bolsillo que cuentan para calificar para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
 - ♦ **Tenga en cuenta lo siguiente:** 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 si envía una copia de los recibos, podremos calcular correctamente sus gastos de bolsillo, lo que podría ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Esta situación no se considera una decisión sobre la cobertura porque usted no está solicitando un pago en el caso que se ha descrito. Por lo tanto, no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1.	Debemos respetar sus derechos como miembro de nuestro plan.....	166
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).....	166
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)	166
Sección 1.2	Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos.....	167
Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	167
Sección 1.4	Tenemos la obligación de darle información sobre nuestro plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos	168
Sección 1.5	Debemos tratarlo con dignidad y respeto y apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención	170
Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión	172
Sección 1.7	¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?.....	172
Sección 1.8	Cómo obtener más información sobre sus derechos.....	173
Sección 1.9	Información sobre evaluaciones de nueva tecnología	173
Sección 1.10	Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades	173
SECCIÓN 2.	Tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	173
Sección 2.1	¿Cuáles son sus responsabilidades?	173

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, 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; llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este folleto). Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille, 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 asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de cabecera (PCP) de nuestra red para que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3 se explica esto). Llame a 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 referencia, así como otros proveedores de atención primaria descritos en la Sección 2.2 del Capítulo 3.

Como miembro del plan, tiene el derecho a hacer citas y recibir los servicios cubiertos de nuestra red de proveedores en un plazo razonable. Aquí se incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando los necesita. También tiene el derecho de que se le surtan o resurtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias de nuestra red sin retrasos prolongados.

Si considera que no recibe la atención médica y los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en la Sección 11 del Capítulo 9 encontrará información sobre qué puede hacer al respecto. (Si le hemos negado la cobertura de su atención médica o la de sus medicamentos y no está de acuerdo con nuestra decisión, en la Sección 5 del Capítulo 9, se le indica qué puede hacer).

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su “información médica personal” incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad también le otorgan derechos para tener acceso a la información y limitar el uso de su información médica. Le hemos entregado un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre prácticas de privacidad”, en el que 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 o la paga primero debemos pedirle permiso por escrito. Usted o alguien que usted haya designado como su representante legal para tomar decisiones en su nombre pueden dar este permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes.
 - ♦ Por ejemplo, tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
 - ♦ Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también se requiere que compartamos su información médica con Medicare, incluida la relacionada con sus medicamentos de venta con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y estatutos federales.

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

Tiene derecho a ver y obtener una copia de la historia clínica 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 corrijamos la información que aparece en esta historia clínica. Si nos pide que lo hagamos, colaboraremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben hacerse.

Tiene derecho a saber cómo 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 1.4 Tenemos la obligación de darle información sobre nuestro plan, la red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a recibir varios tipos de información de nosotros. (Como se explica en la Sección 1.1 anterior, usted tiene derecho a que le proporcionemos la información de manera que le resulte útil; Esto incluye obtener la información en español, Braille, CD o letra grande).

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 con las que debe cumplir para recibir servicios médicos cubiertos.
 - ♦ Consulte detalles sobre la cobertura de medicamentos de venta con receta de la Parte D en los Capítulos 5 y 6 de este folleto y en 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 si se aplica algún tipo de restricción, tiene derecho a solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si obtiene el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia que no pertenece a la red.
 - ♦ Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué tipos de atención médica o medicamentos de la Parte D están cubiertos en su caso, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Consulte más información sobre qué hacer si un servicio o concepto no está cubierto como usted piensa que debería estarlo, en el Capítulo 9 de este folleto. Le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere

que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9, también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y 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 de venta con receta de la Parte D.

Sección 1.5 Debemos tratarlo con dignidad y respeto y 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 recibe 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 condición médica que tiene y las opciones de tratamiento disponibles.

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

- **Recibir información sobre todas sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan, para ayudar a que los miembros manejen y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos asociados a su atención. Deben notificarle por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro de atención médica, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es completamente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de ello.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación al respecto de nuestra parte si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted cree que debería recibir. 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 de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar decisiones por sí mismo sobre 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 pasa por esta situación. 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 distintos; dos ejemplos de instrucciones por anticipado son los documentos llamados **“testamento vital”** y **“poder legal para la atención médica”**.

Si desea usar las “instrucciones por anticipado” para indicar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Si desea usar las instrucciones por anticipado, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces, puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Llenar y firmar el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que pida a un abogado que le ayude a redactarlo.
- **Entregar 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 sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y firmó un documento de instrucciones por anticipado, lleve una copia al hospital.

- Si es hospitalizado, le preguntarán si ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado el formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital habrá formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno a su llegada.

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 haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si firma unas instrucciones por anticipado y considera que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja ante la Organización para la mejora de la calidad mencionada en la Sección 4 del Capítulo 2.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos nuestra decisión

En el Capítulo 9 de este folleto, se le indica qué puede hacer si tiene problemas o inquietudes acerca de su atención o servicios cubiertos. Allí se incluye información sobre qué hacer ante cualquier tipo de problema o queja.

Las medidas que debe tomar para solucionar un problema o una inquietud dependen de la situación. Es posible que tenga que solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura tomada o presentar una queja. Independientemente de lo que haga (ya sea pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja), tenemos la obligación de darle un trato justo.

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas 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 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?**Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al **1-800-368-1019** o a TTY **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 State Health Insurance Assistance Program. Vea más detalles sobre esta organización y cómo contactarla en la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.8 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 State Health Insurance Assistance Program.** Consulte más detalles sobre esta organización y cómo contactarla en la Sección 3 del Capítulo 2.
- **Puede contactar con Medicare:**
 - ♦ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protections”. (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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.9 Información sobre evaluaciones de nueva tecnología

El acelerado cambio de la tecnología afecta la atención médica y la medicina tanto como a cualquier otra industria. Para determinar si un nuevo medicamento u otro desarrollo médico genera beneficios a largo plazo, nuestro plan vigila y evalúa cuidadosamente nuevas tecnologías para incluirlas como beneficios cubiertos. Estas tecnologías incluyen procedimientos médicos, dispositivos médicos y nuevos medicamentos.

Sección 1.10 Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y 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. Tiene algunas 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 ayudarlo.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Vea en este folleto de **Evidencia de Cobertura** qué servicios están cubiertos 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 de medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos de venta con receta adicional a 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 establecidas por 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”, ya que se deben coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que recibe de nosotros y los de otros planes. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Consulte más información sobre la “coordinación de beneficios” en la Sección 7 del Capítulo 1).
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos de venta con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor al proporcionarles toda la información que necesitan, hacerles preguntas y dar seguimiento a su atención.**
 - ♦ Con el fin de ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica le proporcionen la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporciónese toda la información que necesiten sobre usted y su salud. 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 dudas, pregunte. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle la información de forma que la 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, es responsable de los pagos siguientes:
 - ♦ Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Medicare Parte B. En el caso de la mayoría de los miembros del plan, Medicare paga su prima de la Parte A (si no califica para ella automáticamente) y por su prima de la Parte B. Si Medicaid no paga sus primas de Medicare, usted debe continuar pagando sus primas de Medicare para continuar 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. Se tratará de un copago (monto fijo) o 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 de venta con receta de la Parte D.
 - ♦ Debe pagar el costo total si recibe servicios médicos o medicamentos que no cubren nuestro plan u otro tipo de seguro que pueda tener.
 - ♦ Si está en desacuerdo con nuestra decisión de negarle la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte información sobre cómo presentar una apelación en el Capítulo 9 de este folleto.
 - ♦ Si se le solicita que pague la cantidad adicional para la Parte D debido a que su ingreso es superior (según se informa en su última declaración de impuestos), debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Díganos si se muda.** 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 se muda fuera de nuestra área de servicio, no puede seguir afiliado a nuestro plan (Consulte información sobre el área de servicio en el Capítulo 1). Podemos ayudarle a determinar si saldrá de nuestra área de servicio al mudarse. Si deja nuestra área de servicio, tendrá 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 del área de servicio del plan, llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo contactarlo.
 - ♦ Si se muda, es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a 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.
 - ♦ Lea más información sobre cómo comunicarse con nosotros, incluida nuestra dirección postal, en el Capítulo 2.

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

Antecedentes

SECCIÓN 1.	Introducción	179
Sección 1.1	Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud	179
Sección 1.2	¿Qué hay respecto a los términos legales?	179
SECCIÓN 2.	Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros.....	180
Sección 2.1	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	180
SECCIÓN 3.	¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?	181
Sección 3.1	¿Debe usar el proceso para beneficios de Medicare o para beneficios de Medicaid?	181

Problemas sobre sus beneficios de Medicare

SECCIÓN 4.	Cómo solucionar problemas con sus beneficios de Medicare	182
Sección 4.1	¿Debe usar el proceso de decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?	182
SECCIÓN 5.	Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones.....	182
Sección 5.1	Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: <i>panorama general</i>	182
Sección 5.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación	183
Sección 5.3	¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre <u>su</u> situación?	184
SECCIÓN 6.	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	185
Sección 6.1	En esta sección, se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención	186

Sección 6.2	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirnos que autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que necesita).	187
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 de atención médica).....	191
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2.....	194
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?	196
SECCIÓN 7.	Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	198
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	198
Sección 7.2	¿Qué es una excepción?	200
Sección 7.3	Aspectos importantes que debe saber para solicitar excepciones	201
Sección 7.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	202
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).....	205
Sección 7.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2	208
SECCIÓN 8.	Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo	211
Sección 8.1	Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos	211
Sección 8.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.....	212
Sección 8.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria.....	215
Sección 8.4	¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?	217

SECCIÓN 9. Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará demasiado pronto.....	220
Sección 9.1 <i>Esta sección describe solo tres servicios: Atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).....</i>	220
Sección 9.2 Le comunicaremos con anticipación cuándo vencerá su cobertura	220
Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo	221
Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención más tiempo	224
Sección 9.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?	225
SECCIÓN 10. Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior	228
Sección 10.1 Apelaciones de Niveles 3, 4 y 5 para apelaciones sobre servicios médicos	228
Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5, y apelaciones por medicamentos de la Parte D	229

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 11. Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas.....	231
Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan con el proceso de quejas?	231
Sección 11.2 El nombre formal del trámite para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”.....	232
Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja.....	233
Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.	234
Sección 11.5 También puede informar sobre su queja a Medicare	235
SECCIÓN 12. Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)	235

Antecedentes

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o inquietud

En este capítulo se explican los procesos para solucionar problemas e inquietudes. El proceso que usa para resolver su problema depende de dos factores:

1. Si su problema está relacionado con los beneficios cubiertos por **Medicare** y **Medicaid**. Si necesita ayuda para decidir si usará el proceso de Medicare o de Medicaid, o ambos procesos, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en contraportada de este folleto).
2. El tipo de problema que tenga.
 - Para ciertos problemas, debe usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones.
 - Para otros tipos de problemas, debe usar el proceso para presentar quejas.

Medicare ha aprobado estos procesos. 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 de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso que debe usar.

Sección 1.2 ¿Qué hay respecto a los términos legales?

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

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

No obstante, a veces puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto aplicable a su situación. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más clara y precisa y a obtener la ayuda y la información adecuadas, que necesita para su caso en particular. Con el fin de 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 están conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar confuso iniciar y llevar adelante un proceso para solucionar un problema. Esto es especialmente cierto si no se siente bien o tiene un nivel de energía limitado. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga los conocimientos necesarios para dar el paso siguiente.

Solicite ayuda a una organización gubernamental independiente

Si bien estamos siempre disponibles para ayudarle, en determinadas situaciones tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. En cualquier momento puede contactar al **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud, (SHIP)**. Este programa gubernamental cuenta con consejeros capacitados en todos los estados. No tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros del programa pueden ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP 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 a Medicare. Hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

- Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>).

También puede obtener ayuda e información de parte de Medicaid.

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, puede comunicarse 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).

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

Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso para beneficios de Medicare o para beneficios de Medicaid?

Como usa Medicare y recibe asistencia de Medicaid, tiene a su disposición diferentes procesos que puede usar para solucionar su problema o queja. El proceso que use dependerá de si el problema es sobre beneficios de Medicare o de Medicaid. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicare, entonces debería usar el proceso de Medicare. Si su problema es sobre un beneficio cubierto por Medicaid, entonces debería usar el proceso de Medicaid. Si necesita ayuda para decidir si usar el proceso de Medicare o el proceso de Medicaid, comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Estos procesos se describen en diferentes partes de este capítulo. Para saber qué parte debe leer, use el cuadro que se muestra a continuación.

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

¿Está su problema relacionado con los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid?

(Si necesita ayuda para decidir si su problema es sobre los beneficios de Medicare o los beneficios de Medicaid, comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Los números de teléfono de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

- **Mi problema está relacionado con los beneficios de Medicare:**

Consulte la siguiente sección de este capítulo, Sección 4: “Cómo solucionar problemas con sus beneficios de Medicare”.

- **Mi problema está relacionado con la cobertura de Medicaid:**

Continúe con la Sección 12 de este capítulo: “Cómo abordar los problemas relacionados con sus beneficios de Medicaid”.

Problemas sobre sus beneficios de Medicare

SECCIÓN 4. Cómo solucionar problemas con sus beneficios de Medicare

Sección 4.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones sobre la cobertura y presentación de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. El cuadro a continuación le ayudará a encontrar la sección adecuada de este capítulo para problemas o quejas informales relacionados con los beneficios cubiertos por Medicare.

Use este cuadro para averiguar qué parte de este capítulo le ayudará a resolver su problema o inquietud sobre sus beneficios de Medicare.

¿Se relaciona su problema o inquietud con los beneficios o con la cobertura?

(Esto incluye problemas como el de si un servicio de atención médica o medicamento de venta con receta en particular está cubierto o no lo está, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos de venta con receta).

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

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 5: “Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”.

- **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”.

SECCIÓN 5. Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones

Sección 5.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: *panorama general*

Los procesos para solicitar que se tomen decisiones sobre la cobertura y para presentar apelaciones se usan para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o por sus medicamentos. También estamos tomando una decisión sobre la cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión (favorable) sobre la cobertura para usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo refiere a un médico especialista. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura, en caso de que su médico no esté seguro de si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba.

En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura con la que está en desacuerdo, 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 de cobertura tomada para analizar si se siguieron apropiadamente todas las reglas. Evaluarán su apelación revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable. Al finalizar la revisión, le informaremos nuestra decisión. Bajo determinadas circunstancias, que comentaremos más tarde, puede solicitar una “decisión acelerada de cobertura” o una apelación acelerada de una decisión de cobertura.

Si respondemos **no** en todo o en parte a su Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 estará a cargo de una organización independiente sin relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, tendrá que solicitar una Apelación de Nivel 2). Si está en desacuerdo 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:

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- **Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- A fin de obtener ayuda gratuita de una organización independiente que no tiene relación con nuestro plan, contacte al personal del **Programa Estatal de Asistencia del Seguro de Salud de su área** (vea la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - ♦ En relación con la atención médica, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se rechaza su Apelación de Nivel 1, pasará automáticamente al Nivel 2. Para presentar apelaciones más allá del Nivel 2, su médico debe ser designado como su representante.
 - ♦ En relación con medicamentos de venta con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 o Nivel 2 en su nombre. A fin de presentar apelaciones más allá del Nivel 2, su médico u otro profesional que extienda la receta debe ser designado como su representante.
- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
 - ♦ Es posible que, de acuerdo con las leyes estatales, ya haya una persona con la autoridad legal para actuar en su nombre.
 - ♦ Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, o bien otra persona sea su representante, llame a 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](https://www.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 a su abogado u obtener la información de contacto de un abogado del colegio local de abogados u otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos, si califica para recibirlos. Sin embargo, si desea solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o presentar una apelación, no es obligatorio contratar a un abogado.

Sección 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 de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de 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 antes de tiempo” (se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de atención de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [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 ayuda o información de organizaciones gubernamentales, por ejemplo, de su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto, se encuentran los números de teléfono de este programa).

SECCIÓN 6. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (“Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”) ? Si no lo hizo, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 En esta sección, se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención

En esta sección, se describen sus beneficios de servicios y atención médica. Son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este folleto: “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”. A fin de simplificar, en el resto de esta sección empleamos en general los términos “cobertura de atención médica” o “atención médica” para no repetir cada vez “servicios, tratamientos o atención médicos”. La expresión “atención médica” incluye artículos y servicios médicos así como medicamento de venta con receta de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento de venta con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué las reglas para los medicamentos de venta con receta de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección, se explica qué puede hacer si se está en una de las cinco situaciones siguientes:

1. No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle y cree que nuestro plan cubre dicha atención.
3. Ha recibido servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura de nuestro plan, pero nos hemos negado a pagarlos.
4. Recibió y pagó servicios o atención médica que cree que debe cubrir nuestro plan y desea solicitarnos el reembolso del 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 considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud.

Nota: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe consultar una sección separada de este capítulo, ya que estos tipos de atención están sujetos a reglas especiales. A continuación, le indicamos qué debe leer en esas situaciones:

- **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 solicitamos 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 médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Para todas las demás situaciones en que le informen que la atención médica que recibe se suspenderá, use esta sección (Sección 6) como guía para saber qué debe hacer.

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos los servicios o la atención médica que necesita?	Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 6.2:
¿Ya le informamos 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 Sección 6.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos el reembolso de servicios o atención médica que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirnos que autoricemos o proporcionemos la cobertura de atención médica que necesita).

Términos legales

Cuando la decisión de cobertura se relaciona con la atención médica, se llama “**determinación de la organización**”.

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

Términos legales

Una “decisión acelerada de cobertura” se llama “**determinación acelerada**”.

Cómo solicitar cobertura de la atención médica que necesita.

- El primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura de la atención médica que necesita. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- Para ver más información sobre cómo ponerse en contacto con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección “Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación o queja sobre su atención médica”.

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

Usaremos un plazo “estándar” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal sobre la cobertura significa que le responderemos **a más tardar en 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud. Si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, le responderemos **a más tardar en 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- Sin embargo, para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si solicita más tiempo o si necesitamos obtener información (como la historia clínica de proveedores que no pertenecen a la red) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
- Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. (El proceso para presentar una queja es distinto al de decisiones de cobertura y apelaciones. Vea más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, en la Sección 11 de este capítulo).

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

- Una decisión acelerada sobre la cobertura significa que responderemos **a más tardar en 72 horas** si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico. Si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, responderemos **a más tardar en 24 horas**.
 - ♦ Sin embargo, para una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tomarnos hasta otros 14 días calendario si encontramos que falta información que pudiera beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores que no pertenecen a la red) o si necesita tiempo a fin de enviarnos información para la revisión. Si decidimos usar más días, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
 - ♦ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, en la Sección 11 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.

- **Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión acelerada de cobertura:**
 - ♦ Solo puede obtener una decisión acelerada de cobertura si solicita cobertura de atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión acelerada de cobertura si la solicitud es para el pago de atención médica que ya recibió).
 - ♦ Puede solicitar una decisión acelerada de cobertura solo si se considera que esperar el plazo estándar puede perjudicar su salud o su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una “decisión acelerada de cobertura”, aceptaremos automáticamente proporcionársela.**
- **Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida de cobertura.**
 - ♦ Si determinamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada de cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en su lugar el plazo estándar).
 - ♦ En la carta también le indicaremos que, si su médico solicita una decisión acelerada de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ♦ Esta carta también le dirá cómo puede presentar una “queja acelerada” acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión acelerada sobre la cobertura que solicitó. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, en la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le respondemos.

Plazos de la “decisión acelerada de cobertura”

- Por lo general, una decisión acelerada sobre la cobertura significa que responderemos **a más tardar en 72 horas**. Si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, responderemos **a más tardar en 24 horas**.
 - ♦ Como se explica anteriormente, en determinadas circunstancias podemos tomarnos hasta otros 14 días calendario. Si determinamos que se necesitan más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
 - ♦ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, en la Sección 11 de este capítulo).
 - ♦ Tiene derecho a presentar una apelación si no le respondemos **en un plazo de 72 horas** (o de haber un período extendido, al final del mismo) o **en 24 horas** si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de la Parte B. Vea cómo presentar una apelación en la Sección 6.3, a continuación.

- ♦ **Si respondemos que sí en parte o en todo a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de atención médica aprobada **a más tardar en 72 horas** después del momento en que recibimos la solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión sobre la cobertura de un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de tal periodo extendido.
- ♦ **Si respondemos no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una explicación detallada por escrito de las razones de nuestra decisión.

Plazo para una “decisión normal sobre la cobertura”

- ♦ En general, una decisión normal sobre la cobertura referida a una solicitud de un artículo o servicio médico implica que le responderemos **a más tardar en 14 días calendario** después de haber recibido la solicitud. Si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, le responderemos **a más tardar en 72 horas** desde la recepción de su solicitud.
- ♦ Para una solicitud de un artículo o servicio médico, en determinadas circunstancias, podremos tomar hasta otros 14 días calendario (“periodo extendido”). Si determinamos que se necesitan más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
- ♦ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, en la Sección 11 de este capítulo).
- ♦ Tiene derecho a presentar una apelación si no le respondemos **en un plazo de 14 días calendario** (o de haber un periodo extendido, al final del mismo) o **en 72 horas** si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de la Parte B. Vea cómo presentar una apelación en la Sección 6.3, a continuación.
- Si respondemos **sí** en todo o en parte a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado brindar **a más tardar en 14 días calendario** o bien **a más tardar en 72 horas** después de que recibamos su solicitud, si la misma se refiere a un medicamento de venta con receta de la Parte B. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión sobre la cobertura de un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de tal periodo extendido.
- Si respondemos **no** en todo o en parte a su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle las razones de nuestra negativa.

Paso 3: Si le respondemos que no cubriremos la atención médica, usted decide si quiere presentar una apelación.

- Si respondemos **no**, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos y tal vez cambiemos nuestra decisión. Presentar una apelación significa hacer otro intento para obtener la cobertura de la atención médica que desea.

- Si desea presentar una apelación, significa que usará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte 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 de atención médica)

Términos legales

Una apelación presentada a nuestro plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se llama “**reconsideración**” del plan.

Paso 1: Contáctenos y presente su apelación. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación acelerada”.

Qué debe hacer:

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante deben contactarnos.**
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 sobre su atención médica”.
- **Si solicita una apelación normal, preséntela mediante una solicitud por escrito.**
 - ♦ Si alguien, que no sea su médico, apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de “Designación de Representante” que autorice a esta persona a representarlo. Para conseguir el formulario, 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**. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario a más tardar en 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. 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 acelerada, 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 sobre su atención médica”.

- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar 60 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de la cobertura. Podemos darle más tiempo si no puede presentar la apelación en este plazo y tiene una buena razón para no haberlo hecho. Los ejemplos de una buena razón para no cumplir con el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información 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 más información que respalda su apelación, usted y su médico pueden enviárnosla.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una “apelación acelerada” (puede hacerlo por teléfono).

Términos legales
Una “apelación acelerada” también se conoce como una “reconsideración acelerada”.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico debe determinar si se necesita una “apelación acelerada”.
- Los requisitos y procedimientos para presentar una “apelación acelerada” son los mismos que para una “decisión acelerada de cobertura”. Para solicitar una apelación acelerada, siga las mismas instrucciones que usa para pedir una decisión acelerada de cobertura (Las instrucciones aparecen anteriormente, en esta sección).
- Le proporcionaremos una “apelación acelerada” si su médico nos informa que su estado de salud lo requiere.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le respondemos.

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

Plazos para una “apelación acelerada”

- Si presenta una apelación acelerada, debemos responderle **a más tardar en 72 horas** después de haber recibido su apelación. Le responderemos antes si su estado de salud lo requiere.

- ♦ Sin embargo, si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
- ♦ Si no le damos una respuesta **a más tardar en 72 horas** (o al finalizar el periodo extendido, si nos tomamos más días), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde 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 en todo o en parte a su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado brindar **a más tardar en 72 horas** después de haber recibido la apelación.
- **Si respondemos que no en parte o en todo a su solicitud**, le enviaremos una notificación de denegación por escrito para explicarle que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos el plazo estándar, debemos responder su solicitud de un artículo o servicio médico **a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido la apelación, si esta se refiere a la cobertura de un servicio que aún no ha recibido. Si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, le responderemos **a más tardar en 7 días calendario** después de que recibamos su apelación si la misma se refiere a un medicamento de venta con receta de la Parte B que todavía no ha recibido. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
 - ♦ Sin embargo, si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito. No podemos extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
 - ♦ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una “queja acelerada” sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. (Vea más información sobre el proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, en la Sección 11 de este capítulo).

- ♦ Si no le damos una respuesta en el plazo que corresponda antes indicado (o al final del periodo extendido, si necesitamos más días para su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **sí** en todo o en parte a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado brindar **a más tardar en 30 días calendario** o bien **a más tardar en 7 días calendario** después de que recibamos su apelación, si la misma se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.
- Si respondemos que **no** en parte o en todo a su solicitud, le enviaremos una notificación de denegación por escrito para explicarle que hemos enviado automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si el plan responde *no* en todo o en parte a su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas cuando respondimos **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 presenta una apelación de Nivel 2

Si respondemos **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 de rechazar 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**” (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 la 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” Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. 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 otra información que respalde su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si presentó una apelación acelerada a nuestro plan en el Nivel 1, recibirá automáticamente una apelación acelerada en el Nivel 2. La organización de revisión debe responder su Apelación de Nivel 2 **a más tardar en 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la organización necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted. La Organización de Revisión Independiente no puede extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.

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. Si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar en 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar en 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si su solicitud se refiere a un artículo o servicio médico y la organización necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted. La Organización de Revisión Independiente no puede extender el plazo para tomar una decisión si su solicitud se refiere a un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le responderá.

La Organización de Revisión Independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- Si la organización de revisión responde **sí** en todo o en parte a una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica **a más tardar en 72 horas** o proporcionar el servicio **a más tardar en 14 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión, en el caso de solicitudes normales o **a más tardar en 72 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.

- Si la organización de revisión responde **sí** en todo o en parte a una solicitud de un medicamento de venta con receta de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento de venta con receta de Medicare Parte B en disputa **a más tardar en 72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre una solicitud normal o **a más tardar en 24 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión sobre las solicitudes aceleradas.
- Si esta organización responde **no** en todo o en parte a su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no se debe aprobar su solicitud (o una parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “mantener la decisión”, o “rechazar la apelación”).
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene 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 un monto mínimo. 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 definitiva. El aviso por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le indicará cómo puede 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 apelaciones (en total, 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. 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 un pago de atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen situaciones en las que posiblemente tenga que 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, verificaremos que la atención médica que pagó sea un servicio cubierto; consulte el Capítulo 4, “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”. 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”).

Responderemos *sí* o *no* a su solicitud

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y cumplió con todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica a más tardar en 60 días calendario después de haber recibido su solicitud. Por otro lado, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Enviar el pago equivale a responder **sí** a su solicitud de decisión sobre la cobertura).
- Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos los servicios y las razones detalladas de ello. (Que rechazemos su solicitud de pago, equivale a responder **no** a su solicitud de decisión de cobertura).

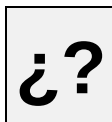
¿Qué sucede si nos solicita un pago y decimos que no?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Esto significa que nos estará pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

A fin de 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 dichas instrucciones, debe tener en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y pagó, no puede pedir una apelación acelerada).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor a más tardar en 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquiera de los niveles posteriores al Nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviar el pago solicitado a usted o al proveedor a más tardar en 60 días calendario.

SECCIÓN 7. Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación



¿Ha leído la Sección 5 de este capítulo (“Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”)? Si no lo hizo, le recomendamos que lo haga antes de empezar 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 de muchos medicamentos de venta con receta. Consulte nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una “indicación médicamente aceptada” es el uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. Consulte más información sobre indicaciones médicamente aceptadas en la Sección 3 del Capítulo 5).

- **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** A fin de simplificar, en lugar de repetir las frases “medicamento de venta con receta y cubierto en pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” usaremos solo “medicamento”.
- Para ver más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**, 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 sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”) y el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”).

Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D

Como se explica en la Sección 5 de este capítulo, una decisión sobre la cobertura es una determinación que tomamos sobre los beneficios y la cobertura que recibe como miembro o el monto que pagamos por sus medicamentos.

Términos legales

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

Los siguientes son ejemplos de decisiones de cobertura que puede solicitar para medicamentos de la Parte D:

- Solicitarnos que hagamos una excepción, lo que incluye:
 - ♦ Pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**.
 - ♦ Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite para la cantidad que puede recibir de un medicamento).
- Preguntarnos si su cobertura incluye un determinado medicamento y si usted cumple con los requisitos de cobertura. Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020**, pero requerimos que primero obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.
 - ♦ **Tenga en cuenta lo siguiente:** Si su farmacia le informa que sus recetas médicas no se pueden surtir como están escritas, recibirá un aviso por escrito que le explicará cómo puede contactarnos para solicitarnos una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento de venta con receta que ya compró. Esto es una decisión de cobertura de un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y apelaciones. Use el cuadro siguiente como ayuda para determinar en qué parte se incluye la información que necesita:

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que hagamos una exención a una norma o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión de cobertura). Comience con la Sección 7.2 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 Sección 7.4 de este capítulo.
¿Desea solicitar que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y por el que ya pagó?	Puede solicitarnos un reembolso. (Es un tipo de decisión de cobertura). Vaya a la Sección 7.4 de este capítulo.
¿Ya le hemos informado que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que desea que se cubra o pague?	Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 7.5 de este capítulo.

Sección 7.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no está cubierto como desea que lo esté, puede solicitarnos que hagamos una “**excepción**”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura. Como sucede con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud puede presentar una apelación.

Si solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que receta debe explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Entonces consideraremos su solicitud. Los siguientes son dos ejemplos de excepciones que pueden solicitar usted, su médico u otro profesional que receta:

1. Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020.
(También se conoce como “Lista de Medicamentos”).

Términos legales
Solicitar cobertura de un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una “ excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles ”.

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. No puede solicitar una excepción al copago o el coseguro que le requerimos para recibir el medicamento.
- 2. Eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020** (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 de medicamentos recetados disponibles ”.

- 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 Aspectos importantes que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta deben enviarnos una declaración donde expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Con el fin de que obtenga una decisión más rápida, acuérdesese de incluir esta información médica de su médico u otro profesional que receta al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una determinada condición. Estas diversas opciones se llaman medicamentos “**alternativos**”. En general, si se establece que un medicamento alternativo tiene la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría otros efectos secundarios o problemas de salud, no aprobaremos su solicitud de una excepción.

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 que su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si respondemos **no** a su solicitud de una excepción, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Consulte más información en la Sección 7.5 sobre cómo presentar una apelación cuando respondemos no.

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: Nos pide que tomemos una decisión de cobertura para un medicamento o un pago que necesita. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitarnos una “decisión acelerada de cobertura”. No puede pedir una decisión acelerada de cobertura si solicita un reembolso de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer:

- **Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea.** El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax al plan para presentar su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacerlo. 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 comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta 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** puede solicitar una decisión de 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 solicitar a nuestro plan un reembolso por un medicamento,** primero lea el Capítulo 7 de este folleto: “Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen situaciones en las que puede ser necesario que solicite un reembolso. También se explica cómo debe enviarnos la documentación para solicitar que le reembolsemos nuestra parte 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 deben indicarnos las razones médicas para solicitar la excepción. (A esto lo llamamos la “declaración de respaldo”). Su médico u otro profesional que receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O el médico u otro profesional que receta 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 presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

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

Términos legales
Una “decisión acelerada de cobertura” se conoce como “ determinación de cobertura acelerada ”.

- Usaremos un plazo “estándar” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal sobre la cobertura significa que le responderemos en no **más de 72 horas después del momento en que recibamos la declaración de su médico**. Una decisión acelerada sobre la cobertura significa que le responderemos **a más tardar en 24 horas** después de haber recibido la declaración de su médico.
- **Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión acelerada de cobertura:**
 - ♦ Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si la solicita para un medicamento que aún no ha recibido. (No puede pedir una decisión acelerada de cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).
 - ♦ Puede solicitar una decisión acelerada de cobertura solo si se considera que esperar el plazo estándar puede perjudicar su salud o su capacidad de funcionamiento.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informa que su estado de salud requiere una “decisión acelerada de cobertura”,** aceptaremos automáticamente darle una decisión acelerada de cobertura.
- **Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta** (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión acelerada de cobertura.
 - ♦ Si determinamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada de cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en su lugar el plazo estándar).

- ♦ En la carta también le indicaremos que, si su médico u otro profesional que expida recetas solicitan una decisión acelerada de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- ♦ También le explicaremos en ella cómo presentar una queja para cambiar nuestra decisión de tomar una decisión normal sobre la cobertura en lugar de la decisión acelerada sobre la cobertura que solicitó. En la carta se describe cómo presentar una “queja acelerada” para que le demos una respuesta **en un plazo de 24 horas** a partir del momento en que recibamos la queja. (El proceso para presentar una queja es distinto al de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte más información sobre el proceso para presentar quejas en la Sección 11 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le respondemos.

Plazos de la “decisión acelerada de cobertura”

- Si presenta una apelación acelerada, debemos responderle **en menos de 24 horas**.
 - ♦ En general, esto significa **a más tardar en 24 horas** después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos **en las 24 horas siguientes** a haber recibido una declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ♦ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos **sí** en todo o en parte a su solicitud, debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar **a más tardar en 24 horas** después de haber recibido su solicitud o una declaración de su médico que respalde su solicitud.
- Si respondemos **no** en todo o en parte a su solicitud, le enviaremos un aviso por escrito para explicarle la razón del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Si usamos los plazos estándar, debemos responderle **en 72 horas**.
 - ♦ En general, esto significa **a más tardar en 72 horas** después de haber recibido su solicitud. Si solicita una excepción, le responderemos **en las 72 horas siguientes** a haber recibido una declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ♦ 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, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.

- Si respondemos **sí** a toda o parte de su solicitud:
 - ♦ Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar **en las 72 horas** siguientes a haber recibido su solicitud o una declaración de su médico que respalde su solicitud.
- Si respondemos **no** a toda o parte de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos responderle **en menos 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, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos **sí** en todo o en parte a su solicitud, también tendremos la obligación de pagarle en 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos **no** a toda o parte de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo del rechazo y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos no a su solicitud de cobertura, tiene derecho a presentar una apelación.

- Si nuestra respuesta es no, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedirnos que reconsideremos (e incluso cambiemos) nuestra decisión.

Sección 7.5 Paso a paso: cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión del plan sobre la cobertura)

Términos legales
Una apelación para cambiar una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una “ redeterminación ” del plan.

Paso 1: Nos contacta y presenta una apelación de Nivel 1. Si su estado de salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación acelerada”.

Qué debe hacer:

- **Para iniciar la apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactarnos.**
 - ♦ Para ver los detalles sobre cómo contactar con nosotros por teléfono, fax, correo o a través de nuestro sitio web respecto a 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 de venta con receta de la Parte D”.
- **Presente una solicitud por escrito si solicita una apelación estándar.** También puede presentar una apelación llamando al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2 “Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una apelación sobre sus medicamentos de venta con receta de la Parte D”.
- **Si solicita una apelación acelerada, 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 de venta con receta de la Parte D”.
- **Debemos aceptar cualquier pedido por escrito**, incluida la solicitud entregada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura del Modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en el aviso por escrito** que le enviamos para notificarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión sobre la cobertura. Podemos darle más tiempo si no puede presentar la apelación en este plazo y tiene una buena razón para no haberlo hecho. Los ejemplos de una buena razón para no cumplir con el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más información.**
 - ♦ 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 más información que respalde su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta nos la puede enviar.

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

Términos legales
Una “apelación acelerada” también se conoce como una “redeterminación acelerada”.

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta deberán determinar si se necesita una “apelación acelerada”.
- Los requisitos para obtener una “apelación acelerada” son los mismos que aquellos para obtener una “decisión acelerada de cobertura” en la Sección 7.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando el plan revisa su apelación, reevalúa cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las reglas cuando respondimos **no** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otro profesional recetador si necesitamos más información.

Plazos para una “apelación acelerada”

- Si usamos plazos acelerados, debemos responderle **a más tardar en 72 horas después de haber recibido su apelación**. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ♦ Si no le respondemos **a más tardar 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** en todo o en parte a su solicitud, debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar **a más tardar en 72 horas** después de haber recibido su apelación.
- Si **respondemos no** en todo o en parte a su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos **no** y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar”

- Si usamos los plazos estándar, debemos responderle **a más tardar en 7 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación por un medicamento que no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y es necesario debido a su condición médica. Si cree que su estado de salud lo requiere, debe solicitar una “apelación acelerada”.
- Si no le respondemos en 7 días calendario, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **sí** a toda o parte de su solicitud:
 - ♦ Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su estado de salud, pero a más tardar en 7 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación.

- ♦ Si aprobamos su solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago a más tardar en 30 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación.
- Si respondemos **no** en todo o en parte a su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos no y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
 - ♦ Si no le damos una respuesta en 14 días calendario, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- **Si respondemos sí a parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
- **Si respondemos no en todo o en parte a su solicitud**, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle por qué la denegamos y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos *no* a su apelación, tiene derecho a continuar con el proceso y presentar *otra* apelación.

- Si el plan responde **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación, significa que pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte más adelante).

Sección 7.6 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si el plan responde **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** evaluará la decisión que tomamos cuando respondimos **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 conoce como “**IRE**”.

Paso 1: A fin de presentar una Apelación de Nivel 2, usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la Organización de Revisión Independiente y solicitar que revisen su caso.

- Si respondemos **no** a su Apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso por escrito que incluirá instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. Allí se explicará quiénes pueden presentar la 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” Tiene derecho a solicitarnos una copia de su expediente del caso. 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 otra información que respalde su apelación.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación y le responde.

- **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 elige Medicare para revisar nuestras decisiones de 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 las razones.

Plazo para una “apelación acelerada” de Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación acelerada”.
- Si la organización de revisión acepta su apelación acelerada, debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar en 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.**
- Si la Organización de Revisión Independiente responde **sí** en todo o en parte a su solicitud, debemos autorizar la cobertura del medicamento que haya aprobado la organización de revisión **a más tardar en 24 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

Plazo para una “apelación estándar” de Nivel 2

- Si presenta una apelación normal de Nivel 2, la organización de revisión debe responderle **a más tardar en 7 días calendario** después de recibirla, si es por un medicamento que no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar en 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

- Si la Organización de Revisión Independiente responde **sí** en todo o en parte a su solicitud:
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura del medicamento que aprobó la organización de revisión **a más tardar en 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago a más tardar en 30 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde **no** a su apelación?

Si esta organización responde **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión original del plan de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “mantener la decisión”, o “rechazar la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “mantiene 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 del medicamento que solicita debe cumplir con un monto mínimo. 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 definitiva. En el aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente, se le informará el valor en dólares en disputa necesario para continuar con 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 apelaciones (en total, cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si lo hace, consulte las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación que se incluyen en el aviso por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo. En la Sección 10 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8. Cómo 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. Consulte más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluida cualquier limitación a la cobertura, en el Capítulo 4 de este folleto: “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”.

Durante su hospitalización cubierta, colaborará con su médico y el personal del hospital en su preparación para el día en que será dado de alta. Ellos también se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día que deja el hospital se llama **“fecha de alta”**.
- Una vez que se decide su fecha de 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 estadía cubierta en el hospital, recibirá un aviso por escrito llamada **Mensaje importante de Medicare acerca de sus derechos**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso cuando son admitidas en un hospital. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) debe entregársela a más tardar 2 días después de 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 del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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, entre otros:
 - ♦ Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo ordene el médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los paga y dónde puede recibirlos.
 - ♦ Su derecho a participar en las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién cubrirá los costos.
 - ♦ Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - ♦ Su derecho a apelar la decisión de darle el alta si cree que se la están dando antes de tiempo.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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 debe 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 **solamente** acepta que ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no incluye la fecha del alta hospitalaria (su médico o el personal del hospital se la informarán). Firmar el aviso no significa que acepta una fecha de alta hospitalaria dada.
- **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 2 días antes de dejar el hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.
 - ♦ 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 TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede verla en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Sección 8.2 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

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

- **Siga el proceso.** Los primeros dos niveles del proceso de apelación se explican abajo.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con todos los plazos que se apliquen 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 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 el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso.

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

Una “revisión acelerada” también se llama “revisión inmediata”.

¿Qué es la Organización para la mejora de la calidad?

- Esta organización es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare paga a esta organización para que verifique y ayude 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 contactar a esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (**Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos**), se explica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

Actúe con rapidez:

- A fin de presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad **antes** de dejar el hospital y **a más tardar en la fecha programada de alta hospitalaria**. (La “fecha programada para el alta hospitalaria” es la fecha que se fijó para que usted deje el hospital).
 - ♦ **Si cumple con este plazo**, se le permitirá permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
 - ♦ **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria programada, puede tener que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta hospitalaria programada.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarla directamente ante el plan. Consulte detalles de esta otra forma de presentar una apelación en la Sección 8.4.

Solicite una “revisión acelerada”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “revisión acelerada” de su fecha de alta hospitalaria. Esto significa que pide a la organización que use un plazo “acelerado” para la apelación, en vez del plazo estándar.

Términos legales
Una “revisión acelerada” también se conoce como “ revisión inmediata ” o “ revisión rápida ”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “revisores”) le preguntarán (o preguntarán a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. Aunque no es necesario que prepare algo por escrito, 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 sobre su apelación, recibirá un aviso por escrito con su fecha programada de alta hospitalaria y una explicación detallada de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (médicamente apropiado) que se le dé de alta en esa fecha.

Términos legales
Esta explicación por escrito se llama “ Aviso detallado de alta ”. Puede conseguir una copia de este aviso llamando 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También 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 el Mejoramiento de la Calidad obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

*¿Qué sucede si la respuesta es **sí**?*

- Si la organización de revisión responde **sí** a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué sucede si la respuesta es **no**?*

- Si la organización de revisión responde **no** a su apelación, significa que la fecha de alta hospitalaria programada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, la cobertura de sus servicios de **paciente hospitalizado terminará al mediodía** del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión responde **no** a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba a partir del mediodía del día siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si se responde *no* a su apelación de Nivel 1, tiene derecho a presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede 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 el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una apelación de Nivel 2, solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revalúe la decisión tomada en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Los pasos del proceso de apelaciones de Nivel 2 son:

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Paso 1: Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- **Debe solicitar esta revisión a más tardar 60 días calendario** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda **no** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención que recibía.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario siguientes a la fecha de recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.*Si la organización de revisión responde sí:*

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos seguir cubriendo la atención que reciba durante su período de hospitalización, siempre y cuando sea médicamente necesaria.
- Debe continuar pagando su parte de los costos, y se podrían aplicar limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En el aviso que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si desea continuar con el proceso y usar el Nivel 3 de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (en total, 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 abogado adjudicador revisa la 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 presentar una apelación ante nosotros

Como se describe anteriormente en la Sección 8.2, debe actuar rápidamente y comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación sobre el alta hospitalaria. (“Rápidamente” significa antes de dejar el hospital y antes de la fecha programada para el alta hospitalaria). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión acelerada”. Una revisión acelerada es una apelación en un plazo acelerado en vez de en el plazo estándar.

Términos legales
Una “revisión acelerada” (o “apelación acelerada”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Contáctenos para solicitar una “revisión acelerada”.

- 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 sobre su atención médica”.
- **Asegúrese de pedir una “revisión acelerada”.** Esto significa que solicita que le respondamos en un plazo “acelerado”, en lugar del plazo “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión acelerada” de su fecha programada para el alta hospitalaria a fin de determinar si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Comprobamos si la fecha programada para el alta hospitalaria era médicamente apropiada. Revisaremos si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, le responderemos en un plazo “acelerado”, en lugar del plazo estándar.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de haber solicitado una “revisión acelerada” (“apelación acelerada”).

- **Si respondemos sí a su apelación acelerada**, significa que estamos de acuerdo con usted y consideramos que aún necesita seguir hospitalizado después de la fecha de alta hospitalaria, y seguiremos brindándole servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica recibida después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos no a su apelación acelerada**, significa que su fecha programada para el alta hospitalaria fue médicamente apropiada. Nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finaliza el día en que dijimos que terminaría.
- **Si permaneció en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, posiblemente tenga que pagar todos los costos de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha programada para el alta hospitalaria.**

Paso 4: Si respondemos no a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas cuando respondimos **no** a su apelación acelerada, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Hacer esto significa que pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Si respondemos **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente Nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación del Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando respondimos **no** a su “apelación acelerada”. 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 conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Reenviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en las 24 horas siguientes** a haberle informado que respondimos **no** a su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se incluye información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión acelerada” de su apelación. Los revisores le responderán a más tardar en 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 la 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, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha programada para el alta hospitalaria. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para sus servicios como paciente hospitalizado mientras sea necesaria desde el punto de vista médico. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización responde no a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para el alta hospitalaria era médicamente apropiada.
 - ♦ En el aviso que recibe de la Organización de Revisión Independiente, se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. En él, se describirá con detalles lo que debe hacer para avanzar una Apelación de Nivel 3, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, debe elegir si desea avanzar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (en total, cinco niveles de apelación). Si los revisores responden **no** a su Apelación de Nivel 2, puede aceptar su 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.

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 servicios: Atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación para pacientes ambulatorios (CORF).*

Esta sección trata **solo** acerca de los tipos de atención siguientes:

- **Servicios de atención médica a domicilio** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente de un centro de enfermería especializada. (Consulte en el Capítulo 12, “Definición de términos importantes”, los requisitos de un “centro de enfermería especializada”).
- La **atención de rehabilitación** que reciba como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que recibe tratamiento para una enfermedad o accidente, o para recuperarse de una intervención quirúrgica mayor. (Consulte más información sobre este tipo de centro de atención en el Capítulo 12, “Definiciones de términos importantes”).

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar obteniendo cobertura para los servicios cubiertos para ese tipo de atención, durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Consulte más información sobre los servicios cubiertos, incluidas su parte de los costos y las limitaciones de cobertura que se podrían aplicar, en el Capítulo 4 de este folleto: “Cuadro de Beneficios (qué tiene cobertura y cuánto debe pagar)”.

Debemos informarle con anticipación cuando decidamos que es momento de dejar de cubrir cualquiera de estos tres tipos de atención. Cuando termina la cobertura de esa atención, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 9.2 **Le comunicaremos con anticipación cuándo vencerá su cobertura**

- **Recibirá un aviso por escrito.** Lo recibirá por lo menos 2 días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
 - ♦ En el aviso por escrito, se le informa la fecha en que finalizaremos la cobertura de su atención.

- ♦ También se le informa qué puede hacer si desea pedirnos que cambiemos esta decisión sobre la fecha de finalización de su atención y que sigamos cubriéndola durante más tiempo.

Términos legales
En la explicación sobre qué puede hacer, en el aviso por escrito se le dice cómo solicitar una “apelación por vía acelerada”. Presentar una apelación por vía acelerada 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 acelerada). 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 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 indicar que lo ha recibido.
 - ♦ Usted o una persona que actúe como su representante debe firmar este aviso. (En la Sección 5 de este capítulo, se brinda información sobre cómo otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - ♦ Al firmar el aviso, **solo** acepta que ha recibido la información sobre cuándo se detendrá su cobertura. **Firmarla no significa que esté de acuerdo** con nosotros en que es momento de dejar de recibir la atención.

Sección 9.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, tendrá presentar su petición usando el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** Los primeros dos niveles del proceso de apelación se explican abajo.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir con todos los plazos que se apliquen a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si cree que no cumplimos con nuestros plazos, puede presentar una queja. En la Sección 11 de este capítulo, se incluye información sobre cómo presentar una queja).

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- **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 State Health Insurance Assistance Program, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (vea la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y determina si nuestro plan debe cambiar la decisión que tomó.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento 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 revisar las decisiones de los planes sobre cuándo es apropiado dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede contactar a esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió, se explica cómo puede comunicarse con esta organización. (También puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?

- Pida a la organización una “apelación por vía acelerada” (que lleve a cabo una revisión independiente) para determinar si es médicamente apropiado que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización.

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su apelación antes del mediodía del día siguiente al que recibe el aviso por escrito en que se le informa cuándo dejaremos de cubrir su atención médica.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento 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 el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “revisores”) le preguntarán (o preguntarán a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. Aunque no es necesario que prepare algo por escrito, puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros una notificación por escrito para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales
Esta explicación por escrito se llama “ Explicación detallada de no cobertura ”.

Paso 3: Los revisores le comunicarán su decisión a más tardar en un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.

*¿Qué sucede si los revisores responden **sí** a su apelación?*

- Si los revisores responden **sí** a su apelación, **debemos continuar cubriendo sus servicios mientras sean médicamente necesarios**.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos (vea el Capítulo 4 de este folleto).

*¿Qué sucede si los revisores responden **no** a su apelación?*

- Si los revisores responden **no** a su apelación, entonces **su cobertura finalizará** en la fecha que le hemos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que termina su cobertura, **tendrá que pagar el costo total de esta atención médica**.

Paso 4: Si se responde **no a su apelación de Nivel 1, tiene derecho a presentar otra apelación.**

- Esta primera apelación es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores responden **no** a su Apelación de Nivel 1 y 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.

Sección 9.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y elige 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, solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revalúe la decisión tomada en su primera apelación. Si rechazamos su apelación de Nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios que recibe de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en la que dijimos que finalizaría su cobertura.

Los pasos del proceso de apelaciones de Nivel 2 son:

Paso 1: Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- **Si desea solicitar esta revisión, debe hacerlo a más tardar 60 días** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió **no** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que terminó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días siguientes a haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde **sí** a su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de esta atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde **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 el aviso que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es *no*, tendrá que 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 abogado adjudicador revisa la 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 presentar una apelación ante nosotros

Como se describe anteriormente, en la Sección 9.3, debe actuar rápidamente y contactar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en 1 o 2 días como máximo). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación alternativa de Nivel 1

Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una “revisión acelerada”. Una revisión acelerada es una apelación en un plazo acelerado en vez de en el plazo estándar.

Vea aquí los pasos a seguir para una apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales
Una “revisión acelerada” (o “apelación acelerada”) también se conoce como “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Contáctenos para solicitar una “revisión acelerada”.

- 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 sobre su atención médica”.
- **Asegúrese de pedir una “revisión acelerada”.** Esto significa que solicita que le respondamos en un plazo “acelerado”, en lugar del plazo “estándar”.

Paso 2: Realizamos una “revisión acelerada” de la decisión que hayamos tomado respecto a cuándo detener la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las reglas para establecer la fecha de suspensión de la cobertura por nuestro plan de los servicios que estaba recibiendo.
- Usaremos un plazo “acelerada” en lugar del plazo estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión a más tardar en 72 horas después de haber solicitado una “revisión acelerada” (“apelación acelerada”).

- **Si respondemos sí a su apelación acelerada**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios más tiempo y seguiremos brindándole servicios cubiertos mientras sean médicamente necesarios. También significa que hemos aceptado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica recibida después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos no a su apelación acelerada**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un CORF después de la fecha en la que indicamos que terminaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total de la atención**.

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

- A fin de asegurarnos de haber cumplido con todas las reglas cuando respondimos **no** a su apelación acelerada, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Hacer esto significa que pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativa de Nivel 2

Si respondemos **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 respondimos **no** a su “apelación acelerada”. 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 conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Reenviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente.

- Debemos enviar la información de su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en las 24 horas siguientes** a haberle informado que respondimos **no** a su primera apelación. (Si cree que no cumplimos con este plazo u otros, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En la Sección 11 de este capítulo, se incluye información sobre cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una “revisión acelerada” de su apelación. Los revisores le responderán a más tardar en 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 la Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí** a su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha en que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea médicamente necesaria. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización responde no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - ♦ En el aviso que recibe de 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, debe elegir 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 **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 abogado adjudicador revisa la 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 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.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responden sí a su apelación, el proceso de apelación podría finalizar o no finalizar.** Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos el 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 los 60 días calendario siguientes al momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ♦ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 y documentos adjuntos a ella. Podríamos esperar a la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dicen *no* a su apelación, el proceso de apelación puede finalizar o no finalizar.**
 - ♦ Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ Si no quiere aceptarla, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responden **no** a su apelación, recibirá un aviso en el que se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones podría finalizar o no finalizar.** Decidiremos si apelamos esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente) tenemos el 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 los 60 días calendario siguientes a 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 podría finalizar o no finalizar.**
 - ♦ Si decide aceptar esta decisión que rechaza 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 **no** a su apelación, en el aviso se indicará si de acuerdo con las reglas puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez de un **tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 10.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5, y apelaciones por 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 apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2, encontrará una explicación sobre con quién debe comunicarse y cómo debe solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Se ha aprobado lo que haya solicitado en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador hayan aprobado **a más tardar en 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas)** o realizar el pago en no más de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ♦ Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ Si no quiere aceptarla, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responden **no** a su apelación, recibirá un aviso en el que se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Se ha aprobado lo que haya solicitado en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado **a más tardar en 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas)** o realizar el pago en no más de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ♦ Si decide aceptar esta decisión que rechaza 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 reglas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez de un tribunal federal de distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 11. Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas



Esta sección no es la adecuada si tiene problemas con decisiones sobre beneficios, cobertura o pagos. En su lugar, necesita usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 5 de este capítulo.

Sección 11.1 ¿Qué tipos de problemas se manejan con el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se usa **solo** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Los siguientes son ejemplos de los tipos de problemas que se manejan con el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos problemas, puede “presentar una queja”:

- **Calidad de su atención médica**
 - ♦ ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto a su privacidad**
 - ♦ ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que en su opinión debería ser confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
 - ♦ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?
 - ♦ ¿No está conforme con el trato que recibió de Servicio a los Miembros?
 - ♦ ¿Siente que lo están alentando a dejar nuestro plan?
- **Tiempos de espera**
 - ♦ ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar mucho para obtenerla?
 - ♦ ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico u otro profesional de la salud? ¿O a Servicio a los Miembros u otro representante de nuestro plan?
 - ♦ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera, para obtener una receta médica o en la sala de exámenes.
- **Limpieza**
 - ♦ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?

- **Información que recibe de nuestro plan**

- ♦ ¿Cree que no le 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 queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)

El proceso para solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 10 de este capítulo. Si solicita que se tome una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos con prontitud suficiente, también puede presentar una queja sobre nuestra demora. Consulte aquí algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una “decisión acelerada sobre la cobertura” o una “apelación acelerada” y respondimos no, puede presentar una queja.
- Si cree que el plan no cumple con los plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o darle la respuesta sobre una apelación que usted haya presentado, puede presentar una queja.
- Se aplican ciertos plazos cuando se revisa una decisión sobre la cobertura que hemos tomado y se nos informa que debemos cubrir o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos o medicamentos. Si cree que no hemos cumplido con estos plazos, puede presentar una queja.
- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo estipulado, puede presentar una queja.

Sección 11.2 El nombre formal del trámite para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”.

Términos legales
• El término “queja” que se usa en esta sección también se llama “queja formal”. • Otra expresión para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. • Otra forma de decir “usar el proceso de quejas” es “usar el proceso de presentación de quejas formales”.

Sección 11.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

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.** Si hay algo más que necesita hacer, nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros le informará. Llámenos al **1-800-443-0815** (línea 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 por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja se relaciona con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un procedimiento formal para revisarla. Su queja formal debe explicar el problema, por ejemplo, por qué está insatisfecho con los servicios que recibió. Consulte en el Capítulo 2 con quién debe comunicarse si tiene una queja.
 - ♦ Debe presentarnos su queja formal (verbal o por escrito) en los 60 días calendario siguientes al evento o incidente. Debemos responder a su queja formal con la rapidez que requiera su estado de salud, a más tardar en 30 días calendario después de haber recibido su queja. Podemos extender nuestro plazo hasta otros 14 días calendario para tomar una decisión si nos solicita una extensión o si justificamos que requerimos información adicional y la demora lo beneficia.
 - ♦ Puede presentar una queja formal rápida sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión de cobertura o una apelación, o si prolongamos el plazo para tomar una decisión de cobertura o una apelación. Debemos responder su queja formal 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 en los 60 días calendario siguientes a la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja.
- **Si presenta una queja porque denegamos su solicitud de una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación acelerada”,** trataremos automáticamente su solicitud como una “queja acelerada”. Si presenta una “queja acelerada”, le responderemos **en 24 horas**.

Términos legales

El término “**queja acelerada**” usado en esta sección también se llama “**queja formal acelerada**”.

Paso 2: Analizamos su queja y le responderemos.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja, tal vez podamos responderle durante la llamada. Le responderemos rápidamente si su condición médica lo requiere.
- **La mayoría de las quejas se responden en no más de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si nos solicita más tiempo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario (44 días en total) para responder su queja. Si decidimos usar más días, se lo informaremos por escrito.
- **Le informaremos si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja. Nuestra respuesta incluirá las razones de nuestra decisión. Debemos darle una respuesta, ya sea que estemos o no de acuerdo con la queja.

Sección 11.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Puede presentarnos una queja sobre la calidad de la atención que haya recibido a través del proceso paso a paso explicado anteriormente.

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante esta organización (sin presentarnos la queja).
 - ♦ La Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO) es un grupo de médicos y otros especialistas de atención médica a los que paga el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare.
 - ♦ Busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado en la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolverla.
- **También puede presentar su queja a 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 el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 11.5 También puede informar sobre su queja a Medicare

Puede enviar una queja sobre nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otra inquietud u opinión, o siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-877-486-2048**.

Problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)

SECCIÓN 12. Manejo de problemas sobre sus beneficios de Medi-Cal (Medicaid)

Como miembro del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal, es posible que Medi-Cal (Medicaid) también cubra algunos de los servicios de su plan. Por lo tanto, si cree que hemos denegado de forma inadecuada un servicio o el pago de un servicio que tiene cobertura de Medi-Cal (Medicaid), es posible que también tenga derecho a apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid). Si tiene derecho a apelar nuestra decisión ante Medi-Cal (Medicaid), se lo informaremos por escrito. Para obtener información sobre cómo presentar una queja formal ante Medi-Cal (Medicaid), comuníquese con Medi-Cal (Medicaid) (consulte el Capítulo 2 para ver la información para comunicarse con Medi-Cal [Medicaid]).

CAPÍTULO 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1.	Introducción	237
Sección 1.1.	Este capítulo se centra en cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.....	237
SECCIÓN 2.	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	237
Sección 2.1	Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid	237
Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual	238
Sección 2.3	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage	239
Sección 2.4	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un período de inscripción especial	240
Sección 2.5	¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía en nuestro plan?	241
SECCIÓN 3.	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	241
Sección 3.1.	En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan	241
SECCIÓN 4.	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan.....	243
Sección 4.1	Hasta que finalice su membresía, sigue siendo un miembro de nuestro plan.....	243
SECCIÓN 5.	En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	244
Sección 5.1.	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?	244
Sección 5.2	No podemos pedirle que cancele su afiliación con nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.....	245
Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan.....	245

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1. Este capítulo se centra en cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Usted puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma **voluntaria** (por elección suya) o **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- **Podría dejar de participar en el plan porque ha decidido que quiere dejarlo.**
 - ♦ Si desea cancelar su membresía de forma voluntaria, solo puede hacerlo durante ciertos períodos del año o bajo ciertas circunstancias. En la Sección 2 se describe cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan. En la Sección 2 encontrará información sobre los tipos de planes en los que puede inscribirse y cuándo comenzará la inscripción en su nueva cobertura.
 - ♦ El proceso de cancelación voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3 se explica cómo puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige abandonar el plan, sino que tenemos que cancelar su membresía. En la Sección 5, le informamos en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si deja 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 el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, es posible que cumpla con los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 Es posible que pueda cancelar su membresía debido a que tiene Medicare y Medicaid

La mayoría de las personas con Medicare pueden cancelar su membresía solo durante ciertos momentos del año. Debido a que tiene Medicaid, puede cancelar su membresía en nuestro plan o cambiarse a otro plan una vez durante cada uno de los períodos de inscripción especial:

- De enero a marzo.
- De abril a junio.

- De julio a septiembre.

Si se inscribe en nuestro plan durante uno de estos períodos, tendrá que esperar hasta el próximo período para cancelar su membresía o cambiarse a otro plan. No puede usar este período de inscripción especial para cancelar su membresía en nuestro plan entre octubre y diciembre. Sin embargo, todas las personas que tienen Medicare pueden realizar cambios desde el 15 de octubre al 7 de diciembre durante el periodo de inscripción anual. En la Sección 2.2 se le explica más acerca del periodo de inscripción anual.

- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar?** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los siguientes tipos de planes de Medicare:
 - ♦ Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
 - ♦ Original Medicare **con** un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare. Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de venta con receta 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 cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta durante un período consecutivo de 63 días o más, posiblemente tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague en promedio al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare).

Llame a la oficina de Medicaid de su estado para averiguar cuáles son sus opciones de planes de Medicaid (encontrará los números de teléfono en la Sección 6 del Capítulo 2 de este folleto).

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará normalmente el primer día del mes siguiente al que recibimos su solicitud de cambio de plan. Su inscripción en su nuevo plan también comenzará 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 inscripción abierta anual”). En dicho período, 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 del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A cuál tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción anual?** Puede elegir el mantenimiento de su cobertura actual o cambiar su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los tipos de planes siguientes:

- ♦ Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
- ♦ Original Medicare **con** un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- ♦ O bien, Original Medicare **sin** un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de venta con receta 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 cancela su inscripción en el plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta, posiblemente tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Vea más información sobre la penalización 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 inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la posibilidad de hacer un cambio a su cobertura médica durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage.

- **¿Cuándo es el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Tiene lugar todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan se puede cambiar durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage?** Durante este período, puede:
 - ♦ Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
 - ♦ Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura con Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, tiene hasta el 31 de marzo para inscribirse en un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare, a fin de agregar la cobertura de medicamentos.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos de venta con receta 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 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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 cumpla con los requisitos para cancelar su membresía en otros momentos del año. Estos se conocen como períodos de inscripción especial.

- **¿Quién cumple con los requisitos de un período de inscripción especial?** Si alguna de las situaciones siguientes 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 contactar a nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>):
 - ♦ Normalmente, cuando se muda.
 - ♦ Si tiene Medi-Cal.
 - ♦ Si cumple con los requisitos para recibir “Ayuda adicional” con el pago de sus medicamentos de venta con receta 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).
 - ♦ Si se inscribe en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).
 - ♦ **Nota:** Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se presenta más información sobre los programas de manejo de medicamentos.
 - **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
 - **¿Qué puede hacer?** Para saber si reúne los requisitos para un período de inscripción especial, llame a Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Si cumple con los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare. Esto significa que puede elegir cualquiera de los tipos de planes siguientes:
 - ♦ Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos de venta con receta o uno que no los cubra).
 - ♦ Original Medicare con un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.
 - ♦ O bien, Original Medicare sin un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.
- Si obtiene “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de venta con receta 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 cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta durante un período consecutivo de 63 días o más, posiblemente tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague en promedio al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Vea más información sobre la penalización por inscripción tardía en la Sección 5 del Capítulo 1.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará usualmente el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Nota: Nota: En las Secciones 2.1 y 2.2 se le explica más acerca del período de inscripción especial para personas que tienen Medicaid y reciben “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 preguntas o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar 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 encontrar la información en el manual **Medicare y Usted 2020**.
 - ♦ 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 puede pedir una copia impresa si llama a Medicare, al número que sigue.
- Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1. En general, usted cancela su membresía cuando se inscribe en otro plan

Por lo general, para finalizar su membresía en nuestro plan, simplemente tiene que inscribirse en otro plan de Medicare. Sin embargo, si desea cambiarse de nuestro plan a Original Medicare pero no ha seleccionado un plan adicional de medicamentos de venta con receta médica de Medicare, debe pedir la cancelación de la afiliación en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de la inscripción:

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- 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 comunicarse con Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare con un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare.	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de venta con receta de Medicare. Su nueva cobertura comenzará el primer día del mes siguiente. • Se cancelará automáticamente su inscripción en nuestro plan cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
• O bien, Original Medicare sin un plan adicional de medicamentos de venta con receta de Medicare. ♦ Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos de venta con receta de Medicare, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. 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). • También puede comunicarse con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Se cancelará su inscripción en nuestro plan cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
♦ Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta, posiblemente tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.	

Si tiene preguntas sobre los beneficios de Medi-Cal (Medicaid), llame a Medi-Cal (Medicaid) al **1-800-952-5253**. Puede usar los servicios telefónicos automáticos de Medi-Cal durante las 24 horas para escuchar información grabada y hacer algunos trámites. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-952-8349**. Pregunte en qué medida ingresar en otro plan o regresar a Original Medicare afecta el modo en que recibe cobertura de Medi-Cal (Medicaid). También puede visitar el sitio web en <http://www.cdss.ca.gov/> para obtener más información.

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 deja nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y la entrada en vigor de la nueva cobertura de Medicare tarden algún tiempo. (Vea la Sección 2 para obtener información sobre el inicio de la nueva cobertura). Durante ese tiempo, debe continuar obteniendo los servicios de atención médica y los medicamentos de venta con receta a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas médicas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, solo cubrimos sus medicamentos de venta con receta si usa una farmacia de la red, incluido el servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía 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 si ocurre cualquiera de los siguientes:

- Si ya no tiene las Partes A y B de Medicare.
- Si ya no es elegible para Medicaid. Como se indica en la Sección 2.1 del Capítulo 1, nuestro plan es para personas elegibles para recibir Medicare y Medicaid.
 - ♦ Si ya no es elegible para Medicaid, le informaremos por escrito que tiene un período de gracia de 120 días para volver a ser elegible para Medicaid antes de que deba abandonar 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 nuestros otros planes Senior Advantage. Es posible que los beneficios y los gastos de bolsillo de estos planes sean diferentes de los del plan Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
 - ♦ 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 es encarcelado (si va a prisión).
- Si no es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.
- Si miente o no nos informa acerca de otro seguro que le brinda cobertura de medicamentos de venta con receta.
- 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 esta razón, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si tiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por esta razón, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.

- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por esta razón, 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 usted debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a 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 inscripción en nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito la razones de que hayamos decidido cancelar su membresía. Además, debemos explicarle cómo presentar una queja formal o una queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía. En la Sección 11 del Capítulo 9, puede obtener más información sobre cómo presentar una queja.

CAPÍTULO 11. Avisos legales

SECCIÓN 1.	Aviso sobre la ley aplicable	247
SECCIÓN 2.	Aviso sobre la no discriminación	247
SECCIÓN 3.	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	247
SECCIÓN 4.	Administración de esta Evidencia de Cobertura.....	248
SECCIÓN 5.	Solicitudes y declaraciones	248
SECCIÓN 6.	Cesión	248
SECCIÓN 7.	Honorarios y gastos de abogados	248
SECCIÓN 8.	Coordinación de beneficios	248
SECCIÓN 9.	Responsabilidad del empleador	249
SECCIÓN 10.	Evidencia de Cobertura obligatoria para los miembros	249
SECCIÓN 11.	Responsabilidad de agencias gubernamentales	249
SECCIÓN 12.	Exención de responsabilidad de los miembros	249
SECCIÓN 13.	Sin renuncia.....	249
SECCIÓN 14.	Avisos	249
SECCIÓN 15.	Recuperación de pagos excesivos.....	250
SECCIÓN 16.	Responsabilidad civil de terceros	250
SECCIÓN 17.	Departamento de Asuntos de los Veteranos	251
SECCIÓN 18.	Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador	251
SECCIÓN 19.	Arbitraje vinculante.....	252

SECCIÓN 1. Aviso sobre la ley aplicable

Diversas leyes se aplican esta **Evidencia de Cobertura**, además de que se podrían aplicar otras disposiciones, según lo requiera la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades aun si las leyes no se incluyen o se explican en este documento. La principal ley que se aplica a este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y los reglamentos establecidos por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) bajo la Ley del Seguro Social. También se podrían aplicar otras leyes federales y, bajo ciertas circunstancias, las leyes del estado donde vive.

SECCIÓN 2. Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan está sujeto a leyes que protegen a nuestros miembros contra la discriminación y el trato injusto. No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamaciones, expediente médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información al respecto o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al **1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)** o a su Oficina local de Derechos Civiles.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, 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 alguna queja, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación 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 del Código de Reglamentaciones Federales, artículos 422.108 y 423.462, el Plan Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal, como 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 Código de Reglamentaciones Federales y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

1-800-443-0815 (TTY 711) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones

Debe llenar las solicitudes, formularios y declaraciones que solicitemos en el curso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 6. Cesión

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, el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable de sus propios gastos, incluidos los honorarios de abogados y otros gastos, excepto que la ley imponga otra obligación.

SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios

Tal como se describe en el Capítulo 1 (Sección 7), “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 y Medi-Cal para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá la atención cubierta de los proveedores de la red como de costumbre, y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo dicho pagador saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pagador principal le envía directamente a usted el pago que nos adeude, se le pedirá de acuerdo con la ley de Medicare que nos entregue dicho pago. Consulte más información sobre los pagos principales en situaciones de responsabilidad civil de terceros en la Sección 16 y los pagos principales en los casos relacionados con la compensación del trabajador en la Sección 18.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si ocurren cambios en su cobertura adicional.

SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que deba proporcionar un empleador por requisito de ley, no pagaremos dichos servicios a este empleador, y si los cubrimos, tendremos derecho a recuperar del empleador el valor de los servicios.

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 se deben recibir solo de una agencia gubernamental por requisito de ley, no pagaremos dichos servicios a esta agencia, y si los cubrimos, tendremos derecho a recuperar de la agencia gubernamental el valor de los servicios.

SECCIÓN 12. Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable por ningún monto que adeudemos. Sin embargo, es responsable del costo de servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.

SECCIÓN 13. Sin renuncia

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, ello no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones por usted.

SECCIÓN 14. Avisos

Enviaremos 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 de la línea TTY deben llamar al 1-800-325-0778)** para informar su nuevo lugar de residencia.

SECCIÓN 15. Recuperación de pagos excesivos

Nos reservamos el derecho a recuperar cualquier pago excesivo que hayamos realizado por concepto de servicios de cualquier parte que reciba este pago excesivo o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar los servicios.

SECCIÓN 16. Responsabilidad civil de terceros

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) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si obtiene un fallo judicial o un acuerdo extrajudicial de parte de un tercero que supuestamente le causó una lesión o enfermedad por la cual usted recibió servicios cubiertos, o en nombre de dicho tercero, debe asegurarse de que recibamos el reembolso de dichos servicios.

Nota: Esta Sección 16 no afecta su obligación de pagar el costo compartido de estos servicios.

En la medida que lo permita o requiera la ley, tenemos la opción de subrogar todas las reclamaciones, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía de seguros, programa del gobierno u otra fuente de cobertura a obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad que supuestamente causó el tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en que entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre nuestro ejercicio de esta opción.

A fin de proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y de reembolso sobre los ingresos que usted o nosotros obtengamos de cualquier dictamen judicial o acuerdo extrajudicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otros tipos de coberturas, entre los cuales se incluyen responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesiones personales, pagos médicos y cualquier otro tipo de la primera parte en el conflicto. Estos ingresos se aplicarán primero a satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de la reintegración a usted y de que el monto total de las ganancias sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar tarifas o costos de abogados 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 – Northern California Region
Subrogation Mailbox
P.O. Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: 1-502-214-1137

A fin de poder determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, dando instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. No puede renunciar, cesar o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su sucesión, padres, tutor legal o curador presentan una reclamación contra un tercero por una lesión o enfermedad, su sucesión, padres, tutor legal o curador y cualquier acuerdo extrajudicial o sentencia favorable obtenido por su sucesión, padres, tutor legal o curador estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara la reclamación contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho a ejecutar nuestro derecho de retención y otros derechos.

SECCIÓN 17. Departamento de Asuntos de los Veteranos

En el caso de servicios para tratar condiciones resultantes del servicio militar que de acuerdo con la ley solo se deben recibir solo del Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este Departamento tales servicios, y si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a este Departamento un reembolso.

SECCIÓN 18. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador

Como se indica en la Sección 7 del Capítulo 1, la compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir pagos primarios según el seguro de compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Usted podría ser elegible para recibir pagos y otros beneficios, entre ellos los montos recibidos a modo de compensación (lo que, en conjunto, se conoce como “beneficio financiero”) conforme a la ley de compensación del trabajador o de responsabilidad civil del empleador. Aunque brindaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que usted tiene derecho a recibir el beneficio financiero, podríamos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos, de las fuentes siguientes:

- De cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual se deba recibir 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 seguro de los trabajadores o de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 19. Arbitraje vinculante

La siguiente descripción del arbitraje vinculante se aplica a los siguientes miembros:

- todos los miembros inscritos en el plan individual Kaiser Permanente Senior Advantage que se inscribieron con una fecha de vigencia anterior al 1 de enero de 2008; y
- todos los miembros inscritos en el plan individual Kaiser Permanente Senior Advantage con fecha de vigencia del 1 de enero de 2008 o posterior; que no hayan rechazado expresamente el proceso de arbitraje vinculante en el plazo de 60 días calendario desde la fecha de vigencia de Senior Advantage.

Para todas las reclamaciones sujetas a esta cláusula de “Arbitraje vinculante”, tanto los demandantes como los demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales y aceptan recurrir al arbitraje vinculante. En la medida en que esta cláusula de “Arbitraje vinculante” 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 vigencia de esta **Evidencia de Cobertura**. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las partes de Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- La reclamación surge de o está relacionada con la presunta infracción de cualquier obligación que conlleve, resulte o esté relacionada con esta **Evidencia de Cobertura** o con una relación del miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan), incluso cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación que indica que un servicio médico o un artículo era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompleta), por responsabilidad de las instalaciones o relacionada con la cobertura o el suministro de servicios o artículos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se afirme 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 vinculante 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 vinculante, excepto en el caso que los siguientes tipos de reclamaciones no estén sujetas al arbitraje vinculante:

- 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 Senior Advantage Medicare Medi-Cal (consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre apelaciones de Medicare).
- Las reclamaciones no pueden estar sujetas al arbitraje vinculante según la ley vigente.

Como se indica en esta cláusula de “Arbitraje vinculante”, 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 del 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* (“Reglamento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. 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; el monto que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera; y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la petición de arbitraje todas las reclamaciones contra los Demandados sobre la base del 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:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. Legal Department
1950 Franklin Street, 17th floor
Oakland, CA 94612

La notificación de dicho Demandado se considerará efectuada cuando este reciba la petición. Deberá notificarse a los demás Demandados, incluso los particulares, de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Tarifa por arbitraje

El Demandante deberá pagar una tarifa única, no reembolsable, de \$150 por arbitraje, pagadera 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 la tarifa por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de exoneración de honorarios y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de Exoneración de Honorarios establece los criterios para la exoneración de tarifas 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 las tarifas y gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

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 una 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 las tarifas y los gastos de los árbitros

Health Plan 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, las tarifas y los 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 del pago de los honorarios y gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los Demandados serán responsables del 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 vinculante”, 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 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 el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan esta sección. 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 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

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un concepto. Si el costo del o de dichos conceptos es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica al gasto máximo de bolsillo anual.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad cuyo único propósito es brindar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada no es mayor de 24 horas.

Apelación: Usted presenta una apelación si está en desacuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud de cobertura de servicios de atención médica, medicamentos de venta con receta o el pago de servicios o medicamentos que 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, concepto o servicio que usted considera que tiene derecho a recibir. Consulte en el Capítulo 9 una descripción de las apelaciones y del proceso de su presentación.

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 centro de enfermería especializada. Tal período finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que haya recibido atención de paciente hospitalizado (o haya sido ingresado en un centro de enfermería especializada). Si es admitido en un hospital o un centro de enfermería especializada tras concluir un período de beneficios, en ese momento comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite de cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Medicamento de marca: Un medicamento de venta con receta que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes producen y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: La etapa de beneficios 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 **\$6,350** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. En el Capítulo 2, se explica cómo contactar a los CMS.

Coseguro: Monto que probablemente usted deba pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados luego de pagar los deducibles. El coseguro es usualmente un porcentaje (por ejemplo, 20 %) de los cargos del plan.

Queja: El nombre del trámite para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”. El proceso de quejas se usa solo para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también “Queja formal” en esta lista de definiciones.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro de atención que ofrece principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, además de otros servicios, como fisioterapia, servicios psicológicos o sociales, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios para patologías del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación ambiental en el hogar.

Coordinación de beneficios (COB): 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 y otro seguro o cobertura médica, cada tipo de cobertura se llama “pagador”. Cuando hay más de un pagador, hay reglas de “coordinación de beneficios” que deciden qué pagador paga primero. El “pagador principal” paga primero lo que adeuda de sus facturas y luego envía el resto para que lo pague el “pagador secundario”. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que usted nos pague. En algunos casos puede haber un tercero pagador. Para obtener más información consulte la Sección 7 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

Copago: Un monto que puede tener que pagar como su porcentaje del costo por un servicio o suministro médico, como una visita médica, una visita ambulatoria al hospital, o un medicamento de venta con receta. Un copago es un monto fijo, no un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar \$10 o \$20 por una visita al médico o un medicamento de venta con receta.

Costos compartidos: Se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe medicamentos o servicios. (Son adicionales a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen una combinación de cualquiera de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan imponga antes de que empiece a cubrir sus medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiera cuando recibe medicamentos o servicios específicos, o (3) cualquier monto de “coseguro” como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan requiere cuando recibe un medicamento o servicio específico. Se podría aplicar una “tarifa de costos compartidos diaria” cuando el médico le receta un suministro para menos de 1 mes completo de ciertos medicamentos y se requiere que haga un copago. Nota: En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes al momento de recibir los servicios, situación en la que le enviaremos más adelante una factura por el costo compartido. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una visita de atención preventiva programada, es posible que le facturemos más adelante el costo compartido de la atención no preventiva. 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 de venta con receta para pacientes ambulatorios, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa el pedido después de haber recibido toda la información necesaria para surtir la receta.

Determinación de cobertura: Una decisión acerca de si un medicamento de venta con receta está cubierto en nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por ese medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos de venta con receta que cubre nuestro plan.

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.

Cobertura acreditable de medicamentos de venta con receta: Cobertura de medicamentos de venta con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) de la que se espera pague, en promedio, al menos el mismo monto que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare normalmente pueden mantenerla sin pagar una multa en caso de que decidan posteriormente inscribirse en una cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare.

Atención de custodia: La atención de custodia es la que se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es atención personal que pueden brindar personas sin habilidades o capacitación profesionales, lo que incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse/sentarse 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.

Tasa de costos compartidos diaria: Se podría aplicar una “tasa de costos compartidos diaria” cuando el médico le receta un suministro para menos de 1 mes completo de algún medicamento y usted tiene que hacer un copago. La tasa de costos compartidos diaria es el copago dividido entre la cantidad de días de un suministro mensual. El siguiente es un ejemplo: Si el copago para un suministro de 1 mes de un medicamento es de \$30 y si su plan define un mes como 30 días, entonces su “tasa de costos compartidos diaria” es de \$1 diarios. Esto significa que paga \$1 por cada día de suministro cuando surte su receta médica.

Deducible: El monto que debe pagar de la atención médica o los medicamentos de venta con receta 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.

Especialista de DeltaCare USA: Un dentista que proporciona servicios especializados y ha aceptado proporcionar servicios cubiertos por DeltaCare USA.

Cancelación de la inscripción: El proceso mediante el cual se da por terminada su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción puede ser voluntaria (por elección suya) o involuntaria (cuando usted no toma la decisión).

Tarifa por entrega: Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica. La tarifa por entrega cubre costos como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y envasar los medicamentos de la receta médica.

Persona con doble elegibilidad: Una persona que califica para la cobertura de Medicare y Medi-Cal (Medicaid).

Equipo médico duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Entre los ejemplos, se incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es una situación en la que usted, o cualquier otra persona 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 condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: (1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención dental de emergencia: Atención proporcionada por un dentista para tratar una condición dental que se manifiesta como un síntoma de suficiente gravedad, que incluye dolor intenso, que de no tratarse de inmediato, cabría la posibilidad razonable de que tenga como consecuencia: (1) 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 de DeltaCare USA.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o mental que se manifiesta con síntomas agudos (incluido el dolor intenso) y de la que una persona no profesional prudente con conocimientos promedio de salud y medicina consideraría razonablemente que si no recibe atención médica de inmediato podría causar:

- Riesgo grave para la salud de la persona o, en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación.
- Deficiencia grave de las funciones del organismo.
- Disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información: Este documento, junto a su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, le explica cuál es su cobertura, qué debemos hacer, y cuáles son sus derechos y responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte de la lista de medicamentos recetados disponibles del patrocinador del plan (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles). Además, puede pedir una excepción si limitamos la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles).

Medicamento excluido: Un medicamento que no es un “medicamento cubierto de la Parte D”, según se define en el código 42 U.S.C., Sección 1395w-102(e).

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 de venta con receta de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

Lista de Medicamentos recetados disponibles: Una lista de medicamentos de Medicare Parte D que cubre nuestro plan.

Medicamento genérico: Un medicamento de venta con receta que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos como producto que incluye los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento “genérico” funciona igual que uno de marca, pero suele ser más económico.

Queja formal: Una queja que presenta contra nosotros, como una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Auxiliar de atención médica a domicilio: Un auxiliar de atención médica a domicilio proporciona servicios que no requieren la capacitación de un enfermero titulado o terapeuta, como la ayuda con los cuidados personales (por ejemplo, bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico). Los auxiliares de atención médica a domicilio no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica que 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 médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio si dichos servicios forman parte del plan de atención médica a domicilio de una enfermedad o lesión. No están cubiertos a menos que también reciba servicios especializados cubiertos. Los servicios de atención médica a domicilio no incluyen los servicios de limpieza, servicios de alimentos ni atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

Centro de cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses de vida o menos tiene el derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y sigue pagando las primas, todavía es miembro de nuestro plan. Puede seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios y los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará tratamiento especial de acuerdo con su estado.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque pase una noche en el hospital, aún podrían considerarlo “paciente ambulatorio”.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): Si los ingresos brutos ajustados modificados según aparecen en su declaración de impuestos al IRS de hace dos años son superiores a un determinado monto, usted pagará el monto estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se añade a su prima. Puesto que menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Límite de cobertura inicial: El límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de Cobertura Inicial: Se trata de la etapa posterior al momento en que se alcanza el deducible y anterior al momento en el que los costos totales de medicamentos, incluidos los montos que usted pagó y los montos que el plan pagó en su nombre, a lo largo del año, alcancen los \$4,020.

Período de inscripción inicial: Cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período en que puede inscribirse en Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, su período de inscripción inicial son los 7 meses que comienzan 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en el que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Atención de paciente hospitalizado: Atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

Plan para necesidades especiales institucionales (SNP): Un plan para necesidades especiales que inscribe a personas elegibles que residen continuamente, o se prevé que residirán continuamente, durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Entre estos centros de LTC, pueden incluirse los centros de atención de enfermería especializada (SNF); los centros de atención de enfermería (NF); (SNF/NF); un centro de atención intermedia para pacientes con retraso mental (ICF/MR) y/o un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados. Un plan para necesidades especiales institucionales que atienda a residentes de Medicare de centros de cuidados a largo plazo debe tener un acuerdo contractual con el centro de cuidados a largo plazo específico (o tener uno en propiedad y administrarlo).

Plan institucional equivalente a un plan de necesidades especiales (SNP): Un plan de necesidades especiales en el que pueden inscribirse los miembros que reúnen los requisitos y residen en la comunidad pero que necesitan recibir atención de nivel institucional sobre la base de la evaluación del estado. La evaluación debe realizarse mediante la herramienta de evaluación del mismo nivel de atención del estado y debe administrarla una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de atención con servicios de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la administración uniforme de atención especializada.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan): 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 la **Evidencia de Cobertura** a veces se hace referencia a Health Plan como “nosotros” o “nuestro”.

Kaiser Foundation Hospital: Un hospital de la red que es propiedad de Kaiser Foundation Hospitals y está administrado por este grupo.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Hospitals, Health Plan y Medical Group.

Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2020 (o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos de venta con receta cubiertos por nuestro plan. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos, e incluimos opciones tanto de marca como genéricas.

Región de Kaiser Permanente: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando esté fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médicamente necesaria y atención permanente de condiciones crónicas de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Consulte más información en la Sección 2.2 del Capítulo 3.

Hospital de cuidados a largo plazo: Un hospital de cuidados agudos certificado por Medicare en el que generalmente se proporcionan servicios que cubre Medicare, como rehabilitación general, terapia respiratoria, tratamiento de traumatismos de la cabeza y control del dolor. No son centros de cuidados a largo plazo como los centros de atención para pacientes convalecientes o con servicios de vida asistida.

Subsidio por Ingresos Bajos (LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Gastos de bolsillo máximos: Es lo máximo que pagará durante el año calendario por los servicios de la red que cubren la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por sus primas del plan, primas de Medicare Parte A y Parte B, y pagos de medicamentos de venta con receta de la Parte D no se cuentan para los gastos de bolsillo máximos. (Nota: Como nuestros miembros también obtienen ayuda de Medicaid, muy pocos miembros llegan a alcanzar estos gastos de bolsillo máximos). Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre los gastos de bolsillo máximos.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos. Aunque los programas de Medicaid varían de un estado a otro, cubren la mayoría de los costos de atención médica si califica para Medicare y Medicaid. Consulte información sobre cómo contactar a Medicaid en su estado en la Sección 6 del Capítulo 2.

Atención o servicios médicos: Conceptos o servicios de salud. Algunos ejemplos de conceptos de atención médica incluyen el equipo médico duradero, anteojos y medicamentos que cubren Medicare Parte A o Parte B; pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Grupo Médico: Es la red de proveedores del plan, que tienen un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro Grupo Médico es The Permanente Medical Group, Inc., una corporación profesional con fines de lucro.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o sustentado en ciertas fuentes de referencia. Consulte más información sobre indicaciones médicamente aceptadas en la Sección 3 del Capítulo 5.

Medicamento necesarios: Servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, diagnóstico o tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de práctica médica.

Medicare: Programa federal de seguro para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (generalmente, con insuficiencia renal permanente, que requiere diálisis o trasplante renal). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan Medicare Cost, un plan PACE o un plan Medicare Advantage.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces conocido como Medicare Parte C. Un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser una organización de mantenimiento de la salud (HMO), organización de proveedores preferidos (PPO), plan de pago por servicio privado (PFFS) o 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 Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos de venta con receta). Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos de venta con receta médica**. 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 de costos de Medicare: Un plan de costos de Medicare es un plan administrado por una Organización para el 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.

Programa de descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Intervalo en la Cobertura y que todavía no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, casi todos (pero no todos) los medicamentos de marca tienen descuento.

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.

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 la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, programas de demostración o piloto, y Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

Cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (Medicare Parte D): Un seguro que ayuda a pacientes ambulatorios con el pago de medicamentos de venta con receta, vacunas, productos biológicos y algunos suministros que no tienen la cobertura de Medicare Parte A o Parte B.

Póliza de “Medigap” (seguro suplementario de Medicare): Un seguro suplementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir costos de salud no incluidos en la cobertura de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se utilizan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o “miembro del plan”): Una persona que tiene Medicare y es elegible para recibir los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

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 información sobre cómo ponerse en contacto con Servicio a los Miembros en el Capítulo 2.

Farmacia de la red: Una farmacia de la red es una farmacia donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos de venta con receta. 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.

Médico de la red: Cualquier médico certificado que sea un empleado del Grupo Médico o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios por referencia).

Proveedor de la red: “Proveedor” es el término general que usamos para referirnos a los médicos, otros profesionales de la salud (entre ellos, médicos, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con la licencia o certificación de Medicare y del estado para ofrecer servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago completo de los servicios prestados y, en algunos casos, para coordinar y 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 del plan. También hacemos referencia a estos proveedores como “proveedores del plan”.

Determinación de la organización: La organización del plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si los conceptos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los conceptos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9 se explica cómo solicitar una decisión de cobertura.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o Medicare de “pago por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por un plan de salud privado como los planes de Medicare Advantage y para medicamentos de venta con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren mediante pagos que reciben los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establezca el Congreso. Puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

Farmacia que no pertenece a la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o surtir medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Según se describe en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayor parte de los medicamentos que obtiene en farmacias que no pertenecen a la red no se cubren con nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones (consulte más información en la Sección 2.5 del Capítulo 5).

Proveedor que no pertenece a la red o centro de atención que no pertenece a 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 no están contratados, administrados ni son propiedad de nuestro plan o 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 que no pertenecen a la red.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de “costo compartido” anterior. También se hace referencia como “gastos de bolsillo” del miembro al requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos que recibe.

Plan PACE: El plan del *Program of All-Inclusive Care for the Elderly* (PACE) combina servicios médicos, sociales y de cuidados a largo plazo (LTC) para las personas frágiles, a fin de ayudarlas a seguir siendo independientes y a seguir viviendo en su comunidad (en lugar 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.

Parte C: Consulte “**Plan de Medicare Advantage (MA)**”.

Parte D: El programa voluntario de beneficios de Medicare Parte D de medicamentos de venta con receta. (Para una fácil referencia, llamaremos “Parte D” al programa de beneficios de medicamentos de venta con receta).

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que pueden tener cobertura bajo la Parte D. El plan puede ofrecer o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte en la lista de medicamentos recetados disponibles para ver la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si se queda sin cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague en promedio al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare) durante un período consecutivo de 63 días o más. Usted paga este monto mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos de venta con receta, no pagará la penalización por inscripción tardía. Si alguna vez pierde el subsidio por bajos ingresos (“Ayuda Adicional”), estaría sujeto a la penalización por inscripción tardía mensual en la Parte D si alguna vez dejó de tener cobertura acreditada para medicamentos de venta con receta durante 63 días o más.

Plan: Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal Plan.

Cargos del plan: Significa lo siguiente:

- Los cargos por servicios prestados por el Grupo Médico o por Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el cronograma del plan de salud del Grupo Médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los miembros.
- Para los servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico 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 es un estimado de: los costos de compra, almacenamiento y dispensación de medicamentos; los costos directos e indirectos de los servicios de farmacia para los miembros de Kaiser Permanente; y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del plan de salud).
- Para los demás servicios, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente deduce los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera deducido los costos compartidos.

Cuidados posestabilización: Servicios médicamente necesarios relacionados a su condición médica de emergencia, que recibe después de que su médico tratante determina que esta condición está clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su condición empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): Un plan de organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que cuenta con una red de proveedores contratados, los cuales han aceptado atender a los miembros del plan por un monto específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea se reciban de proveedores de la red o de proveedores que no pertenecen a la red. El costo compartido que paga el miembro, en general, es mayor cuando recibe los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por servicios que se reciben de proveedores (preferidos) de la red y un límite más elevado en los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores (preferidos) de la red y (no preferidos) que no pertenecen a la red.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos de venta con receta.

Médico de cabecera (PCP): Su médico de cabecera es el médico o proveedor al que acude primero para la mayoría de sus problemas de salud. Se asegura de que reciba la atención que necesita para conservar su salud. Además, puede hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su médico de cabecera antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre médicos de cabecera.

Autorización previa: Aprobación por anticipado para recibir servicios o ciertos medicamentos, que podrían estar o no estar incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Algunos servicios médicos 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 nosotros. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la lista de medicamentos recetados disponibles.

Prótesis y dispositivos ortóticos: Son dispositivos médicos que pide su médico u otro proveedor de atención médica. Los conceptos 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 entérica y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud a los que paga el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo contactar a la QIO en su estado.

Límites de cantidad: Una herramienta administrativa diseñada para limitar el uso de ciertos medicamentos por razones de calidad, seguridad o uso. Se puede establecer límites a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un período definido.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

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 podría usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio del plan.

Servicios: Servicios o conceptos de atención médica.

Centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación que se ofrecen continuamente, todos los días, en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de servicios en centros de enfermería especializada incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas que solo pueden administrar un enfermero titulado o un médico.

Plan de necesidades especiales: Un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada a grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, que viven en un hogar para ancianos o que tienen ciertas condiciones crónicas.

Ingresos suplementarios del Seguro Social (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas de bajos ingresos y recursos que están discapacitadas, están ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios con urgencia: Los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una situación que no es de emergencia o una enfermedad, lesión o condición imprevista que requiere atención médica inmediata. Los servicios necesarios con urgencia pueden ser prestados por proveedores de la red o proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.

Declaración de revelación de la PRA: Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos 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 (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, 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: Զանգահարեք **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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, 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 y Medi-Cal

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-800-443-0815 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.
LÍNEA TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro de atención de la red (consulte las ubicaciones en el Directorio de Proveedores).
SITIO WEB	kp.org

El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (SHIP de California): Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (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	1-800-434-0222
LÍNEA TTY	711
ESCRIBA A	La oficina de HICAP de su condado.
SITIO WEB	www.aging.ca.gov/HICAP/