

Evidencia de Cobertura

Sus Servicios y Beneficios de Salud de Medicare y su Cobertura para Medicamentos Recetados como Miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Plus (Cost)

Este folleto incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020. Aquí se explica cómo obtener la cobertura para los servicios de atención médica y los medicamentos recetados que necesita. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Este plan, Kaiser Permanente Medicare Plus, es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Plan de Salud). En esta **Evidencia de Cobertura**, las palabras “nosotros” o “nuestro(a)” se refieren al Plan de Salud. Cuando dice “plan” o “nuestro plan” se refieren a Kaiser Permanente Medicare Plus (Medicare Plus).

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

Es posible que los beneficios, las primas, el deducible, los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2021. La lista de medicamentos recetados disponibles, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Evidencia de Cobertura de 2020

Índice

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

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

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

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes 19

Se indica cómo comunicarse con nuestro plan (Medicare Plus) y con otras organizaciones, entre ellas Medicare, el State Health Insurance Assistance Program (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 recetados y la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.

CAPÍTULO 3. Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener sus servicios médicos 33

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

CAPÍTULO 4. Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga) 48

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

CAPÍTULO 5. Cómo usar la cobertura del plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D..... 91

Se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos de la Parte D. Se indica cómo usar la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020** para saber qué medicamentos están cubiertos. Se indica qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos. Se explican los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Se explica dónde puede surtir sus medicamentos recetados. Brinda información acerca de los programas de seguridad y administración de medicamentos que ofrece el plan.

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

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

CAPÍTULO 7. Solicitud para que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos 126

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

CAPÍTULO 8. Sus derechos y responsabilidades 133

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

CAPÍTULO 9. Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas) 143

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

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

CAPÍTULO 10. Finalización de su membresía en nuestro plan..... 198

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

CAPÍTULO 11. Avisos legales 204

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

CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes 211

Se explican los términos clave usados en este folleto.

ENMIENDA. “Lo Que Necesita Saber”: Sus Beneficios y Derechos de Atención Médica
Importantes Impuestos por el Estado y Otros Avisos Legales

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

SECCIÓN 6. ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	12
Sección 6.1 ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos?	12
Sección 6.2 ¿A cuánto equivale el monto adicional de la Parte D?	13
Sección 6.3 ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con pagar un monto adicional de la Parte D?	13
Sección 6.4 ¿Qué ocurre si no paga el monto adicional de la Parte D?	13
SECCIÓN 7. Más información sobre la prima mensual.....	13
Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima del plan	14
Sección 7.2 ¿Podemos cambiar el monto de la prima mensual del plan durante el año?	15
SECCIÓN 8. Mantenga actualizado el registro de su membresía del plan.....	16
Sección 8.1 Cómo ayudarnos a garantizar que tengamos información exacta sobre usted.....	16
SECCIÓN 9. Protegemos la privacidad de su información médica personal	17
Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida	17
SECCIÓN 10. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
Sección 10.1 ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro?.....	17

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Usted está inscrito en Medicare Plus, que es un Plan Medicare Cost

Usted tiene cobertura de Medicare y ha decidido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos recetados por medio de nuestro plan, Kaiser Permanente Medicare Plus.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Medicare Plus es un plan Medicare Cost. Como todos los planes de salud de Medicare, este plan Medicare Cost está aprobado por Medicare y una empresa privada lo dirige.

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) y Protección del Paciente. 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 ¿En qué consiste el folleto de la Evidencia de Cobertura?

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

Esta **Evidencia de Cobertura (EOC)** describe dos planes de Kaiser Permanente Medicare Plus. Los siguientes planes están incluidos en esta **Evidencia de Cobertura** y todos ellos incluyen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D:

- Kaiser Permanente Medicare Plus Basic w/Part D (AB) (Cost): en esta **Evidencia de Cobertura** se le denomina como el plan “**Basic Option**” para los miembros con Medicare Parte A y B.
- Kaiser Permanente Medicare Plus Basic w/Part D (B) (Cost): en esta **Evidencia de Cobertura** se le denomina como el plan “**Basic Part B Only Option**” para los miembros sin cobertura para Medicare Parte A.

Si no está seguro en qué plan está inscrito, llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de su **Notificación Anual de Cambios**.

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

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

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

Sección 1.3 Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente 2020** y cualquier aviso que reciba de nosotros con respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones “cláusulas adicionales” o “enmiendas”.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Medicare Plus entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2020.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios a los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de nuestro plan después del 31 de diciembre de 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

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar nuestro plan cada año. Usted puede seguir contando con la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan, siempre y cuando elijamos seguir ofreciendo el plan y Medicare renueve la aprobación de este.

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

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

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

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

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

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

Sección 2.3 Área de servicio de nuestro plan para Medicare Plus

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

Nuestra área de servicio incluye las siguientes ciudades y condados de Virginia: Ciudad de Alexandria, Arlington, Ciudad de Fairfax, Condado de Fairfax, Ciudad de Falls Church, Condado de Loudoun, Ciudad de Manassas, Ciudad de Manassas Park y Condado de Prince William.

Además, nuestra área de servicio incluye el Condado de Carroll en Maryland y estas partes de condados en Maryland, solo en los siguientes códigos postales:

- **Condado de Calvert:** 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736 y 20754.
- **Condado de Frederick:** 21701, 21702, 21703, 21704, 21705, 21709, 21710, 21714, 21716, 21717, 21718, 21754, 21755, 21758, 21759, 21762, 21769, 21770, 21771, 21774, 21775, 21777, 21790, 21792 y 21793.

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

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

Sección 2.4 Ciudadano o residente legal de los Estados Unidos

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

SECCIÓN 3. ¿Qué otros materiales le enviaremos?

Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan: úsela para recibir la atención y los medicamentos recetados cubiertos en nuestro plan

Le enviaremos una tarjeta de membresía del plan. Debe usar esta tarjeta siempre que reciba servicios o medicamentos cubiertos de parte de un proveedor de la red de Medicare Plus. También deberá mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. La siguiente es una tarjeta de membresía de muestra. Así se verá la suya:

 KAISER PERMANENTE® Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.	kaiserpermanente.org 1434-WHITE MP+D
MEDICAL RECORD NUMBER <plan name><plan type> <XXXXXXXX>	Call 911 if you think you have a medical emergency.
<Member Name>	Medical Advice/Appt/Cancel Appt (24 hours a day): TTY
RxBIN: <011859> RxGRP: <MA>	Washington Metro Area: (703) 359-7878 711
RxPCN: <MACMS> ISSUER: <80840>	Outside Washington Metro Area: (800) 777-7904 711
 Prescription Drug Coverage	If you are unsure of your condition and require immediate medical advice, call (800) 677-1112
CMS-<contract number> <PBP>	Member Services Contact Center:
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.	Toll Free Number (888) 777-5536 TTY 711
	Submit claims to Medicare Intermediary/Carrier for primary payer payment. Medical secondary and Rx claims must be submitted to: PO Box 371860, Denver, CO 80237-9998 Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
	Call Medical Advice as soon as possible after you have an emergency hospital admission.

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

Dado que Medicare Plus es un plan Medicare Cost, también debe **tener su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare**. Como miembro de un Plan Cost, si recibe servicios cubiertos por Medicare (excepto atención de emergencia o de urgencia) de parte de un proveedor que no pertenece a la red o cuando está fuera de nuestra área de servicio, Original Medicare pagará dichos servicios, no nuestro plan. En estos casos, usted será responsable de los deducibles y del coseguro de Original Medicare. (Si recibe atención de emergencia o de urgencia de parte de un proveedor que no pertenece a la red o cuando esté fuera de nuestra área de servicio, nuestro plan paga dichos servicios). Es importante que tenga su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare cuando reciba servicios que se pagan con Original Medicare.

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

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

¿Qué son los “proveedores de la red”?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/directory**. Sin embargo, los miembros de nuestro plan también pueden recibir servicios de parte de proveedores que no pertenecen a la red. Si recibe atención de proveedores que no pertenecen a la red, usted pagará el costo compartido de Original Medicare.

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

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

¿Qué son las “farmacias de la red”?

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

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

Puede usar el **Directorio de Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar.

El próximo año habrá cambios en nuestra red de farmacias. Puede encontrar un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web **kp.org/directory**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Consulte el **Directorio de Farmacias 2020** para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

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

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020**. La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar. En ella, se informa qué medicamentos recetados de la Parte D tienen cobertura en virtud del beneficio de la Parte D que se incluye en nuestro plan. El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta

lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó nuestra Lista de Medicamentos. La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos tienen cobertura, puede visitar nuestro sitio web (kp.org/seniorrx) o llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

La **EOB de la Parte D** le indica el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que pagamos nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. El Capítulo 6 (“Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”) le brinda más información sobre la **EOB de la Parte D** y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

También se encuentra disponible un resumen de la **EOB de la Parte D** si lo solicita. Para obtener una copia, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea, en lugar de obtenerlo por correo. Visite kp.org/goinggreen e ingrese para obtener más información sobre cómo ver su **EOB de la Parte D** de forma segura en línea.

SECCIÓN 4. La prima mensual de nuestro plan

Sección 4.1 ¿Cuánto cuesta la prima del plan?

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual por el plan. La siguiente tabla muestra el monto de la prima mensual de todos los planes que ofrecemos en el área de servicio. Además, debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B (a menos que la prima de la Parte B la pague Medicaid o algún otro tercero por usted).

Plan Medicare Plus	Prima mensual del plan
Basic Option Este plan corresponde a los miembros que tienen Medicare Partes A y B y que están inscritos en este plan. • Prima para los beneficios médicos: \$3.10. • Prima para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare: \$56.90. • Monto mensual total de la prima: \$60.	\$60
Basic Part B Only Option Este plan corresponde a los miembros que solo tienen Medicare Parte B y que están inscritos en este plan. • Prima para los beneficios médicos: \$420.00. • Prima para la cobertura de medicamentos recetados de Medicare: \$59.00. • Monto mensual total de la prima: \$479.	\$479

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

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen “Extra Help” y, para los residentes de Maryland, los programas State Pharmaceutical Assistance Program. En la Sección 7 del Capítulo 2, se le brinda más información sobre estos programas. Si usted reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya está inscrito y obtiene ayuda por parte de uno de estos programas, la información sobre las primas incluida en esta **Evidencia de Cobertura** no aplica para usted. Le enviamos un documento por separado, llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

En algunos casos, la prima del plan puede ser mayor

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

- Algunos miembros deben pagar una **penalización por inscripción tardía en la Parte D** porque no se inscribieron en un plan para medicamentos de Medicare en el momento en que resultaron elegibles por primera vez para hacerlo o porque tuvieron un periodo continuo de 63 días o más sin cobertura “acreditada” de medicamentos recetados. (Cobertura “acreditada” se refiere a una cobertura de medicamentos, al menos tan buena como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Para estos miembros, la penalización por inscripción

tardía en la Parte D se suma a la prima mensual de nuestro plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más la cantidad de la penalización por inscripción tardía en la Parte D.

- ♦ Si debe pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D, el costo de esta depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin cobertura acreditada de medicamentos recetados. La penalización por inscripción tardía en la Parte D se explica en la Sección 5 del Capítulo 1.
- ♦ Si tiene una penalización por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, podría perder su cobertura de medicamentos recetados.

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

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

Nota: Si recibe “Extra Help” por parte de Medicare para pagar los medicamentos recetados, no tendrá que pagar ninguna penalización por inscripción tardía.

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

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

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

Medicare establece el monto de la multa, funciona de la siguiente manera:

- Primero, cuente los meses completos que tardó para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir de la fecha en que resultó elegible para inscribirse. O bien, cuente los meses completos en los que no tuvo cobertura acreditada de medicamentos recetados, si la detención de la cobertura fue de 63 días o más. La multa equivale al 1 % por cada mes que no tuvo cobertura acreditada. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14 %.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país el año anterior. Para 2020, el monto de la prima mensual promedio es de \$32.74.

- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa por la prima mensual promedio y luego redondee el resultado a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo anterior, se multiplicaría 14 % por \$32.74, lo que equivale a \$4.58. Esto se redondea a \$4.60. Este monto se agregaría a la prima mensual de un miembro que tenga que pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.

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

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

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

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

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

- Si ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare llama a esto “cobertura acreditada de medicamentos”. **Tenga en cuenta:**
 - ♦ La cobertura acreditada puede incluir cobertura de medicamentos por parte de un empleador o sindicato anteriores, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o su departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditada. Es posible que esta información se envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Importante: Recibir un “certificado de cobertura acreditada” cuando su cobertura médica finaliza no quiere decir que su cobertura de medicamentos recetados era acreditada. El aviso debe indicar que usted tenía cobertura “acreditada” de medicamentos recetados que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.

- ♦ Las siguientes no son coberturas acreditadas de medicamentos recetados: tarjetas de descuento de medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web con descuentos para medicamentos.
- ♦ Para obtener más información sobre la cobertura acreditada, consulte su manual **Medicare y Usted** 2020 o llame a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Si usted no tuvo cobertura acreditada durante menos de 63 días seguidos.
- Si está recibiendo “Extra Help” de Medicare.

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

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitarnos que revisemos nuestra decisión de aplicarla. En general, debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la primera carta de notificación de la penalización por inscripción tardía que haya recibido. Si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de la penalización por inscripción tardía. Llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre cómo hacer esto (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

La mayoría de las personas paga una prima mensual estándar de la Parte D. Sin embargo, algunas personas pagan un monto adicional debido a sus ingresos anuales. Si sus ingresos son de \$85,000 o más para una persona (o para parejas casadas que declaren sus impuestos independientemente), o de \$170,000 o más para parejas casadas, **debe pagar un monto adicional al gobierno** por su cobertura de Medicare Parte D.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le indicará el total del monto adicional y cómo puede pagarlo. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente las primas de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. Debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan.

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

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (MAGI), de acuerdo con su declaración de impuestos del IRS, sobrepasan un monto determinado, pagará un monto adicional a la prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que tenga que pagar con base en sus ingresos, visite

<https://www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html>.

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

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

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

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

SECCIÓN 7. Más información sobre la prima mensual

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Algunos miembros del plan (aquellos que no reúnen los requisitos para la Parte A sin prima) pagan una prima por Medicare Parte A. La mayor parte de los miembros del plan paga una prima por Medicare Parte B. Debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.

Si sus ingresos brutos ajustados modificados como se informan en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años están por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual relacionado con los ingresos conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima.

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo hace, se cancelará su inscripción al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará a cuánto equivaldrá ese monto adicional.

- Si desea más información sobre las primas de la Parte D basadas en los ingresos, consulte la Sección 6 de este capítulo. También puede visitar el sitio Web <https://www.medicare.gov> o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede llamar al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

Su copia de **Medicare y Usted** 2020 le proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección titulada “Costos de Medicare 2020”. Ahí se explica cómo varían las primas de Medicare Parte B y Parte D de acuerdo con el nivel de ingresos de cada persona. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto **Medicare y Usted** todos los años durante el otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse. También puede descargar una copia de **Medicare y Usted** 2020 desde el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>) o puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 7.1 Hay varias formas de pagar la prima del plan

Puede pagar la prima del plan de cuatro formas. Pagará con cheque (Opción 1) a menos que nos indique que quiere que la prima se deduzca automáticamente de su banco (Opciones 2 y 3) o de su cheque del Seguro Social (Opción 4). Para inscribirse en las Opciones 2 o 4, o para cambiar su selección en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros y díganos qué opción prefiere.

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

Opción 1: Puede pagar con cheque o por giro postal

Puede enviarnos directamente el pago de la prima mensual del plan. Debemos recibir el cheque a nombre de “**Kaiser Permanente**” a más tardar el primer día del mes de cobertura en la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Membership Accounting Department
PO Box 64199
Baltimore, MD 21264-4199

Nota: No puede pagar en persona.

Opción 2: Puede registrarse para pagar mediante una transferencia electrónica de fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede hacer que su prima mensual del plan se retire automáticamente de su cuenta bancaria. Llame a Servicio a los Miembros para saber cómo comenzar o detener los pagos automáticos de la prima del plan, así como para conocer otros detalles sobre esta opción, por ejemplo, cuándo se hará el retiro mensual de su cuenta.

Opción 3: Puede hacer un pago único por teléfono con una tarjeta de crédito

También puede hacer un pago con tarjeta de crédito por teléfono llamando a nuestro Departamento de Administración de Membresías al **1-800-777-7902**, de 8 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.

Opción 4: Puede pedir que la prima de nuestro plan se descuenta de su cheque mensual del Seguro Social

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

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestras oficinas antes del primer día del mes de cobertura. Si no recibimos su pago de la prima antes del décimo día del mes de cobertura, le enviaremos un aviso para indicarle la cantidad que debe. Tenemos derecho a cobrar cualquier prima que usted nos deba.

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

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

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

Sin embargo, en algunos casos, el porcentaje de la prima que le corresponde pagar a usted sí puede modificarse durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para participar en el programa “Extra Help” o si pierde su elegibilidad para participar en el programa “Extra Help” durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para participar en el programa “Extra Help” para el pago de sus medicamentos recetados, el programa “Extra Help” pagará parte de su prima mensual del plan. Un miembro que pierde su elegibilidad para este beneficio durante el año tendrá que empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa “Extra Help” en la Sección 7 del Capítulo 2.

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

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

El registro de su membresía incluye información que usted proporciona en el formulario de inscripción, como su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluido su médico de cabecera.

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

Infórmenos de los siguientes cambios:

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 9. Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

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

SECCIÓN 10. Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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

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

- Si tiene cobertura para retirados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de algún miembro de su familia, quién paga primero depende de la edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, una discapacidad o Insuficiencia Renal Terminal (ESRD):
 - ♦ Si tiene menos de 65 años y tiene una discapacidad, y usted o su familiar sigue trabajando, su plan de seguro de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - ♦ Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge sigue trabajando, su plan de seguro de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador de un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.

- ♦ Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses posteriores a la fecha en que haya reunido los requisitos para ser miembro de Medicare.

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

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

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

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

CAPÍTULO 2. Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1. Contactos de Kaiser Permanente Medicare Plus (cómo comunicarse con nosotros, lo cual incluye cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro plan)	20
SECCIÓN 2. Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	22
SECCIÓN 3. State Health Insurance Assistance Program (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas que tenga sobre Medicare)	23
SECCIÓN 4. Organización para el Mejoramiento de la Calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare)	24
SECCIÓN 5. Seguro Social	25
SECCIÓN 6. Medicaid (un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a ciertas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos)	26
SECCIÓN 7. Información sobre los programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos recetados	27
SECCIÓN 8. Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios	31
SECCIÓN 9. ¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro médico por parte de un empleador?	32

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

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con respecto a preguntas sobre quejas, facturación o la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicio a los Miembros de Medicare Plus. Nos dará mucho gusto poder ayudarle.

Método	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Services 2101 East Jefferson Street Rockville, Maryland 20852
SITIO WEB	kp.org/espanol

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados cubiertos en sus beneficios de la Parte D de su plan. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura. Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

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

Método	Decisiones de cobertura, apelaciones o quejas sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	1-866-640-9826
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Services 2101 East Jefferson Street Rockville, Maryland 20852
SITIO WEB	kp.org/espanol
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

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

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

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

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
LLAME AL	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. De 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Método	Solicitudes de pago: información de contacto
FAX	866-640-9826
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Services 2101 East Jefferson Street Rockville, Maryland 20852
SITIO WEB	kp.org/espanol

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

Medicare es el programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con Insuficiencia Renal Terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número no tienen costo. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo.
SITIO WEB	<u>https://www.medicare.gov</u> Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, hogares para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

Método	Medicare: información de contacto
	El sitio web de Medicare también ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sus opciones de inscripción por medio de las siguientes herramientas: • Herramienta de Elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de la elegibilidad de Medicare. • Buscador de Planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados disponibles de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • Hágale saber a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesite. Ellos la buscarán en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227] las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3. State Health Insurance Assistance Program (ayuda sin costo, información y respuestas a las preguntas que tenga sobre Medicare)

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. A continuación, se incluye una lista de los programas State Health Insurance Assistance Program en cada estado en que prestamos servicios:

- En Maryland, el SHIP se llama **Maryland Department of Aging**.
- En Virginia, el SHIP se llama **Virginia Insurance Counseling and Assistance Program**.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Los asesores del SHIP pueden ayudarle a resolver cualquier problema o pregunta que tenga sobre Medicare. Pueden explicarle sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre el tratamiento o la atención médica que recibe y ayudarle a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del SHIP también pueden explicarle en qué consisten las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método	Maryland Department of Aging: información de contacto
LLAME AL	410-767-1100 o línea telefónica gratuita 1-844-627-5465
TTY	711
ESCRIBA A	301 West Preston St., Suite 1007, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://www.aging.maryland.gov/Pages/default.aspx

Método	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program: información de contacto
LLAME AL	804-662-9333 o línea telefónica gratuita 1-800-552-3402
TTY	711
ESCRIBA A	1610 Forest Avenue, Suite 100, Henrico, VA 23229
SITIO WEB	https://www.vda.virginia.gov

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

Existe una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para prestar servicios a los beneficiarios de Medicare en cada estado. En Maryland y Virginia, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

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

Comuníquese con Livanta si:

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

Método	Livanta (QIO de Maryland y Virginia): información de contacto
LLAME AL	1-888-396-4646 de 9 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes. De 11 a. m. a 3 p. m., fines de semana y días festivos.
TTY	1-888-985-2660 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
FAX	1-833-868-4057
ESCRIBA A	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis 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 de gestionar la inscripción. Los ciudadanos y los residentes legales permanentes de los Estados Unidos mayores de 65 años o que tengan una discapacidad o Insuficiencia Renal Terminal y que además cumplan ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción de Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar su oficina local.

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

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

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

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como las primas. Estos “Medicare Savings Programs” ayudan a la gente con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **Qualified Medicare Beneficiary (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, así como otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunas personas que participan en el programa QMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+).
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas que participan en el programa SLMB también reúnen los requisitos para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).
- **Qualified Individual (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la agencia de Medicaid de su estado que se menciona a continuación.

Método	Maryland Medical Assistance Program/HealthChoice: información de contacto
LLAME AL	410-767-5800 o línea telefónica gratuita 1-877-463-3464 De 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2258 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) de la ciudad o del condado donde vive.
SITIO WEB	https://www.mmcp.dhmf.maryland.gov

Método	Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia: información de contacto
LLAME AL	804-786-7933 De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	800-343-0634 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
ESCRIBA A	Comuníquese con el Departamento de Servicios Sociales (DSS) de la ciudad o del condado donde vive.
SITIO WEB	http://www.dmas.virginia.gov/

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

Programa “Extra Help” de Medicare

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Es posible que pueda obtener “Extra Help” para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para obtener “Extra Help”, comuníquese con:

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

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

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

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

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

Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema de tal forma que usted pueda pagar el copago correcto cuando surta su próxima receta médica en la farmacia. Si hace un pago superior a su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia

no le ha cobrado un copago y lo mantiene como una deuda que usted debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Medicare Coverage Gap Discount Program

El Medicare Coverage Gap Discount Program proporciona descuentos de las compañías farmacéuticas en los medicamentos de marca para los miembros de la Parte D que alcanzan el periodo de intervalo en la cobertura y no reciben “Extra Help”. En los medicamentos de marca, el descuento del 70 % ofrecido por las compañías farmacéuticas excluye cualquier tarifa por entrega de los costos durante el intervalo. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa por entrega de los medicamentos de marca.

Si llega al periodo de intervalo en la cobertura, de manera automática, haremos el descuento cuando su farmacia le cobre una receta médica. Su **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** mostrará todos los descuentos que se hagan. Tanto el monto que paga usted como el monto con descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted, y le permiten avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no se toma en cuenta para sus gastos de bolsillo.

También recibe algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Si alcanza el periodo de intervalo en la cobertura, nosotros pagamos el 75 % del precio de los medicamentos genéricos y usted paga el 25 % restante del precio. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (el 75 %) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga cuenta y le hace avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura. La tarifa por entrega también está incluida como parte del costo del medicamento.

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

Si tiene alguna pregunta sobre la disponibilidad de los descuentos para los medicamentos que está tomando o sobre el Medicare Coverage Gap Discount Program en general, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un programa State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?

Si es residente de Maryland y está inscrito en un programa State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) u otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea “Extra Help”), usted igualmente obtiene el 70 % de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el periodo de intervalo en la cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que el SPAP u otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?

El AIDS Drug Assistance Program (ADAP) ayuda a las personas con VIH o SIDA que reúnen los requisitos a que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del ADAP de Maryland o de Virginia, de acuerdo con dónde viva. **Nota:** Para reunir los requisitos para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con determinados requisitos, que incluyen presentar un comprobante de residencia en el estado y del estado del VIH, contar con ingresos bajos según lo defina el estado y tener un estado de no asegurado o con cobertura insuficiente.

Si actualmente está inscrito en un ADAP, este programa puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados de Medicare Parte D para los medicamentos que se encuentran en el formulario del ADAP. Para estar seguro sobre si continuará recibiendo esta asistencia, notifique al representante local de ADAP de cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o número de póliza. Llame al **410-767-6535** para los residentes de Maryland o al **855-362-0658** para los residentes de Virginia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, llame al **410-767-6535** para los residentes de Maryland, o al **855-362-0658** para los residentes de Virginia.

¿Qué sucede si participa en el programa “Extra Help” de Medicare para obtener ayuda para pagar los costos de los medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?

No. Si participa en el programa “Extra Help”, ya recibe cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante el periodo de intervalo en la cobertura.

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

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

Programas State Pharmaceutical Assistance Program

Muchos estados tienen un programa State Pharmaceutical Assistance Program que ayuda a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos para sus miembros.

En Maryland, el nombre del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica es Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP). Maryland también tiene otros programas que ayudan a sus residentes con los gastos de medicamentos, que son el Kidney Disease Program y el AIDS Drug Assistance Program.

Método	Maryland Senior Prescription Drug Assistance Program (SPDAP): información de contacto
LLAME AL	1-800-551-5995 De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-877-5156 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
ESCRIBA A	628 Hebron Avenue, Suite 100, Glastonbury, CT 06033
SITIO WEB	https://www.marylandspdap.com

Método	Maryland Kidney Disease Program: información de contacto
LLAME AL	1-410-767-5000 o al 1-877-463-3464 De 8 a. m. a 5 p. m., de lunes a viernes.
TTY	1-800-735-2258 Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
ESCRIBA A	201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://mmcp.health.maryland.gov/familyplanning/Pages/kidneydisease.aspx

Método	Maryland AIDS Drug Assistance Program: información de contacto
LLAME AL	1-410-767-6535 o a la línea telefónica gratuita 1-800-205-6308 De 8:30 a. m. a 4:30 p. m., de lunes a viernes.
TTY	711
ESCRIBA A	201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	https://phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/pages/madap.aspx

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

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 1. Lo que debe saber para recibir atención médica cubierta como miembro de nuestro plan	35
Sección 1.1 ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”?.....	35
Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra la atención médica	35
SECCIÓN 2. Use los proveedores de la red para obtener atención médica	36
Sección 2.1 Usted debe escoger un médico de cabecera (PCP) que le brinde atención médica y la supervise	36
Sección 2.2 ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin necesidad de obtener una aprobación previa del PCP?.....	37
Sección 2.3 Cómo recibir atención médica de especialistas y otros proveedores de la red	38
SECCIÓN 3. Cómo recibir servicios cubiertos si tiene una emergencia, necesita atención de urgencia o durante un desastre	41
Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica.....	41
Sección 3.2 Cómo recibir atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios	42
Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre.....	43
SECCIÓN 4. ¿Qué pasa si a usted se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?	43
Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde de los servicios cubiertos	43
Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por el plan ni por Original Medicare, usted deberá pagar el costo total.....	43
SECCIÓN 5. ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando usted participa en un “estudio de investigación clínica”?.....	44
Sección 5.1 ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”?.....	44
Sección 5.2 Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?.....	45
SECCIÓN 6. Reglas para obtener la atención cubierta en una “institución religiosa no médica de cuidado de la salud”	46
Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud?	46
Sección 6.2 ¿Qué tipo de atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud cubre nuestro plan?.....	46

SECCIÓN 7. Reglas para apropiarse del equipo médico duradero..... 47

Sección 7.1 ¿Usted será el dueño del equipo médico duradero después de que realice un determinado número de pagos según nuestro plan?	47
---	----

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

En este capítulo, se explica lo que usted necesita saber sobre el uso de nuestro plan para recibir atención médica cubierta. Se ofrecen definiciones de algunos términos y se explican las reglas que debe seguir para acceder a tratamientos, servicios médicos y a otros tipos de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

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

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

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

- **“Proveedores”** son los médicos y profesionales de atención médica que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **“Proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan.
- **“Servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención para la salud, los suministros y el equipo que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos están contenidos en la Tabla de Beneficios, en el Capítulo 4.

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

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

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

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

- **Por lo general, debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red para que nuestro plan cubra los servicios.**
 - ♦ Si nosotros no cubrimos los servicios que usted reciba de parte de un proveedor que no pertenece a la red, Original Medicare cubrirá los servicios si son servicios cubiertos por Medicare. Con excepción de los servicios que necesite de emergencia o de urgencia, si recibe servicios cubiertos por Original Medicare de parte de un proveedor que no pertenece a la red, entonces debe pagar el costo compartido de Original Medicare. Para obtener más información sobre los costos compartidos de Original Medicare, llame 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**.
 - ♦ Debe recibir los beneficios suplementarios de parte de un proveedor de la red. Si recibe beneficios suplementarios cubiertos, como atención dental, de parte de un proveedor que no pertenece a la red, entonces debe pagar el costo total de dicho servicio.
 - ♦ Si un proveedor que no pertenece a la red le envía una factura que usted considere que debemos pagar, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). Por lo general, lo mejor es pedirle al proveedor que no pertenece a la red que primero envíe la factura a Original Medicare y que luego nos envíe la factura por la cantidad restante. Es posible que le solicitemos al proveedor que no pertenece a la red que envíe la factura a Original Medicare. Después, nosotros pagaremos todos los coseguros y los deducibles de Medicare correspondientes menos los copagos de su parte.
- **Usted tiene un médico de cabecera** (un PCP) de la red que le brinda atención médica y la supervisa. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - ♦ En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina “referencia” (para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
 - ♦ No se requiere que su PCP le proporcione una referencia para recibir atención de emergencia o servicios de urgencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

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

Sección 2.1 Usted debe escoger un médico de cabecera (PCP) que le brinde atención médica y la supervise

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

Como miembro, debe elegir uno de los proveedores de la red que esté disponible para que sea su médico de cabecera. Su médico de cabecera es un médico en medicina familiar, medicina para adultos, medicina general u obstetricia y ginecología que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria.

Su PCP le brindará la mayor parte de su atención médica y organizará o coordinará su atención cubierta con otros médicos y proveedores del Grupo Médico. Si necesita determinados tipos de suministros o servicios cubiertos, debe obtener una aprobación por adelantado de su PCP. Para la atención especializada y otros servicios, su PCP tendrá que obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros, como se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.

Usted tiene la libertad de obtener atención de otros PCP del Grupo Médico si su PCP no está disponible, y en cualquier consultorio de Kaiser Permanente.

¿Cómo escoger a su PCP?

Puede seleccionar un médico de cabecera de entre cualquiera de nuestros médicos de la red disponibles que practique alguna de las siguientes especialidades: medicina interna, medicina familiar y pediatría. Además, las mujeres pueden elegir a cualquiera de los médicos de cabecera que estén disponibles en el departamento de obstetricia y ginecología. Su PCP debe ser un médico de la red, a menos que designemos a otro. Si no escoge un PCP, elegiremos uno por usted de entre los médicos disponibles del Grupo Médico.

Cuando haga la selección, entrará en vigor de inmediato. Para conocer más sobre cómo elegir un médico de cabecera, llame a Servicio a los Miembros. También puede hacer su elección en **kp.org/espanol**. En caso de que usted quiera acudir a un determinado especialista u hospital de la red, primero verifique que el PCP haga referencias a ese especialista o que use ese hospital.

Cómo cambiar de PCP

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

Para cambiar su PCP, llame a Servicio a los Miembros. Cuando llame, asegúrese de informar a Servicio a los Miembros si está consultando a especialistas o si está recibiendo otros servicios cubiertos que necesiten la aprobación de su PCP (como servicios de salud a domicilio y equipo médico duradero). Servicio a los Miembros le ayudará a asegurarse de que pueda continuar con la atención especializada y los demás servicios que se le proporcionaban antes de que cambiara de PCP. También verificarán que el PCP al que quiere cambiarse acepte nuevos pacientes. Servicio a los Miembros le informará cuándo entrará en vigor el cambio de su PCP. Generalmente, los cambios entran en vigor el primer día del mes posterior a la fecha en que recibamos su solicitud.

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

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

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías (rayos X del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y la Hepatitis B, 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.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- Servicios de urgencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio).
- Si visita el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura** de los proveedores designados en esa área de servicio. Llame a Servicio a los Miembros o a nuestra Línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900** (las 24 horas del día, los 7 días de la semana, excepto días festivos), TTY **711**, para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite las áreas de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y ubicaciones de los centros de atención en partes de California, Colorado, Georgia, Hawaii, Oregon y Washington.
- Servicios de observación ambulatoria.
- Consultas de salud mental, siempre y cuando reciba los servicios de un proveedor de la red.
- Consultas para recibir educación sobre enfermedades renales, siempre y cuando obtenga los servicios de un proveedor de la red.
- Atención de profilaxis dental, siempre y cuando reciba los servicios de un proveedor de la red.
- Atención preventiva, excepto las pruebas de detección de aneurismas aórticos abdominales, la medición de la masa ósea, las pruebas de detección cardiovasculares, las pruebas de detección de cáncer colorrectal y la terapia nutricional médica.

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

Un especialista es un médico que presta servicios de atención médica para el tratamiento de una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas. A continuación, se mencionan algunos ejemplos:

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

Referencias de su PCP

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

Cuando el PCP le indique un tratamiento especializado, este le dará una referencia (aprobación por adelantado) para consultar a un especialista de la red o ciertos proveedores de la red. Sin embargo, para algunos tipos de referencias de atención especializada, es posible que su PCP necesite obtener una aprobación previa de nuestro plan. En caso de que usted quiera acudir a un determinado hospital de la red, primero verifique que su proveedor de la red haga referencias a ese hospital.

Si se está atendiendo con un especialista que no pertenece a la red cuando se inscribe en nuestro plan, en la mayoría de los casos, tendrá que cambiarse a un especialista de nuestra red. Si su especialista actual no es un especialista de la red y usted desea seguir recibiendo los servicios de parte de ese especialista que no pertenece a la red, puede hacerlo con sus beneficios de Original Medicare, si el especialista participa en el programa de Medicare. En ese caso, usted tendrá que pagar el costo compartido de Original Medicare porque nuestro plan no cubrirá los servicios.

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación y en la Sección 2.1 del Capítulo 4, su proveedor de la red necesitará obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan o del Grupo Médico (a esto se le llama obtener una “autorización previa”). Solo médicos certificados u otros profesionales médicos debidamente certificados tomarán decisiones sobre las solicitudes de autorización. Si recibe estos servicios o artículos sin una autorización previa de nuestro plan o Grupo Médico, nuestro plan no cubrirá la atención y usted tendrá que pagar los gastos de bolsillo de Original Medicare por la atención.

- **Atención para pacientes hospitalizados:** Para las hospitalizaciones que no sean de emergencia, el Grupo Médico y nuestro plan coordinarán su atención y determinarán en qué hospital será admitido. Su proveedor de la red debe recibir una autorización previa de nuestra parte para las hospitalizaciones que no sean de emergencia, que incluyen hospitalizaciones en salud del comportamiento, centros de enfermería especializada u otros establecimientos para pacientes internos. Determinaremos cuál es el centro de atención más adecuado para su atención. Según sus necesidades médicas, podemos transferirlo de un hospital de la red, u otro establecimiento para pacientes internos, a otro hospital de la red donde los médicos del Grupo Médico siempre están trabajando. Además, podemos transferirlo de un centro de enfermería especializada de la red a otro donde los médicos del Grupo Médico hacen rondas y están disponibles para brindar atención urgente.
- **Cirugía de cambio de sexo** necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos relacionados.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la Sección 6 de este capítulo.
- **Atención especializada dentro de la red:** Cuando su PCP considere que necesita atención especializada, nos pedirá una autorización. Si la atención especializada es necesaria desde el punto de vista médico, le enviaremos una referencia escrita para autorizar una consulta inicial o un número específico de consultas con un especialista de la red. Después de su consulta inicial con el especialista de la red, debe regresar con su PCP, a menos que hayamos autorizado más consultas, de acuerdo con lo que se especifique en la referencia escrita que le demos. No regrese con el especialista de la red después de su consulta inicial a menos que hayamos autorizado consultas adicionales en su referencia. De otro modo, los servicios no estarán cubiertos y usted será responsable de pagar el costo compartido y los gastos de bolsillo de Original Medicare, en lugar de los costos compartidos de nuestro plan. Estas son algunas otras cosas que debe saber sobre cómo obtener atención especializada:
 - ♦ Si necesita ver a un especialista de la red con frecuencia porque le diagnosticaron alguna afección o enfermedad que requiere atención especializada continua, su PCP y el especialista de la red que lo atienda pueden crear un plan de tratamiento que le permita

ver al especialista de la red sin referencias adicionales. Su PCP debe comunicarse con nosotros y su especialista de la red debe seguir nuestro criterio al momento de crear su plan de tratamiento y el especialista de la red tendrá que tener una autorización antes de comenzar cualquier tratamiento.

- **Atención especializada fuera de la red:** Si el proveedor de la red determina que usted requiere servicios cubiertos que no están disponibles en nuestra red de proveedores, recomendará al Grupo Médico que usted sea referido a un proveedor que no pertenece a la red, 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 y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Hable con su proveedor de la red para saber qué servicios se autorizaron. Si el especialista que no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra más consultas con dicho especialista. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que se nos notifique que, tras recibir atención de emergencia, usted necesita **atención de postestabilización** de un proveedor que no pertenece a la red, analizaremos su afección con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita atención de postestabilización y que la atención estaría cubierta si la recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor que no pertenece a la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo y nosotros colaboraremos con usted para garantizar que así sea.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

Si se entera que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros al **1-888-777-5536 (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 administrar su atención.

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica

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

Una “emergencia médica” es cuando usted o cualquier otra persona prudente y no profesional con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más pronto posible.** Llame al **911** o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercanos. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga antes una aprobación o referencia de su PCP.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que se haya avisado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitaremos hacer un seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos, por lo general, dentro de un plazo de 48 horas, para informarnos sobre la atención de emergencia. El número al que debe llamar se encuentra en el dorso de la tarjeta de membresía del plan.

¿Qué servicios están cubiertos durante una emergencia médica?

Puede obtener atención de emergencia con cobertura cuando la necesite, en cualquier lugar en los Estados Unidos o sus territorios. Cubrimos los servicios de ambulancia en los casos en que el traslado a la sala de emergencias por cualquier otro medio puede poner en riesgo su salud. Para obtener más información, consulte la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este folleto. Es posible que deba pagar por los servicios y presentar un reclamo de reembolso (consulte el Capítulo 7 para obtener más información).

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

Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición siga siendo estable. Nuestro plan u Original Medicare cubrirá su atención de seguimiento. Si algún proveedor que no pertenece a la red le brinda la atención de emergencia, intentaremos hacer los arreglos necesarios para que los proveedores de la red se encarguen de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan, y quizá decidamos trasladarlo a un hospital donde los médicos del Grupo Médico siempre estén trabajando. Nuestro plan cubrirá su atención de postestabilización si los servicios los brindan proveedores de la red autorizados por nuestro plan o si la atención es atención de urgencia cubierta fuera del área de servicio. De otro modo, Original Medicare cubrirá su atención de

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

postestabilización y usted tendrá que pagar el costo compartido de Original Medicare por atención de postestabilización.

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

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

Sin embargo, después de que el médico determine que no fue una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solamente si se atiende con un proveedor de la red para recibir atención adicional. Si recibe atención adicional de parte de un proveedor que no pertenece a la red después de que el médico indique que no fue una emergencia, por lo general, tendrá que pagar el costo compartido de Original Medicare.

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

¿Qué son los “servicios de urgencia”?

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

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

Se aconseja que siempre intente recibir servicios de urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o no se puede acceder a ellos temporalmente, y no resulta razonable esperar para obtener la atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor que no pertenece a la red.

Sabemos que, a veces, es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarle. Los enfermeros de consulta son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para ayudar a evaluar los síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero de consulta. Con frecuencia, estos enfermeros pueden responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de la red está cerrado o aconsejarle qué hacer a continuación, incluido hacer citas de atención de urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico.

Para hablar con un enfermero consejero o hacer una cita, llame al **1-800-777-7904 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana, o consulte su **Directorio de Proveedores** para conocer los números de teléfono para citas y consejos.

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

Cuando esté fuera del área de servicio y no pueda obtener atención de un proveedor de la red, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan no cubre servicios de emergencia, servicios de urgencia ni ningún otro servicio si recibe la atención fuera de los Estados Unidos.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

En términos generales, durante un desastre, si no puede usar un proveedor de la red, le permitiremos obtener atención de proveedores que no pertenecen a la red con el costo compartido de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia que no pertenece a la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4. ¿Qué pasa si a usted se le factura directamente el costo total de los servicios cubiertos?**Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos la parte del costo que nos corresponde de los servicios cubiertos**

Para informarse sobre qué hacer en caso de que haya pagado más de lo que le corresponde por los servicios cubiertos o de que haya recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7, “Solicitud para que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”.

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

Cubrimos todos los servicios médicos que sean necesarios desde el punto de vista médico que se mencionan en la Tabla de Beneficios Médicos (dicha tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y se obtengan conforme a las reglas del plan. Usted es responsable de pagar el costo total de los servicios que Original Medicare no cubre o que nuestro plan no cubre. Además, será responsable del pago si recibe un servicio del plan fuera de la red y sin autorización. Tiene derecho a buscar atención con cualquier proveedor que esté calificado para tratar a los miembros de Medicare. Sin embargo, Original Medicare paga sus reclamos y usted debe pagar su costo compartido.

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

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

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya agotado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto, a menos que el plan ofrezca una cobertura superior a los límites de Medicare como un beneficio suplementario cubierto. Cualquier monto que pague después de que el beneficio se termine no se tomará en cuenta para su gasto máximo de bolsillo. Para saber cuánto ha usado del límite de un beneficio, puede llamar a Servicio a los Miembros.

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

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

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

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

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

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

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

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

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

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

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

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

Original Medicare pagará la mayor parte del costo de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio.

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

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

¿Desea obtener más información?

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SECCIÓN 7. Reglas para apropiarse del equipo médico duradero**Sección 7.1 ¿Usted será el dueño del equipo médico duradero después de que realice un determinado número de pagos según nuestro plan?**

El Equipo médico duradero (DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital pedidos por un proveedor para uso en el hogar. Determinados artículos, como las prótesis, son siempre propiedad del miembro. En esta sección, analizamos otros tipos de 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 propiedad de los artículos de DME, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan. Incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME con la cobertura de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan, no adquirirá la propiedad, independientemente de cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan.

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

Si no adquirió la propiedad del artículo de DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos que haya hecho mientras pertenecía a nuestro plan no se toman en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

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

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

SECCIÓN 1. Explicación de los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos.....	49
Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que es posible que pague por los servicios cubiertos	49
Sección 1.2 ¿Cuánto es el monto máximo que usted pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B?	49
Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen los saldos”	50
SECCIÓN 2. Use esta Tabla de Beneficios Médicos para determinar qué servicios están cubiertos para usted y lo que deberá pagar por ellos	51
Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan.....	51
SECCIÓN 3. ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?	83
Sección 3.1 Servicios que <i>no</i> cubrimos (exclusiones)	83

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

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

Además, asegúrese de leer la Enmienda titulada “Lo Que Necesita Saber: Sus Beneficios y Derechos de Atención Médica Importantes Impuestos por el Estado y Otros Avisos Legales” para obtener más información sobre su cobertura adicional.

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

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

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

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

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

Existe un límite en el monto de los gastos de bolsillo que debe pagar cada año por los servicios médicos de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B (consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2 que se encuentra más adelante). Este límite se llama monto de gastos máximos de bolsillo por servicios médicos.

Como miembro de nuestro plan, el monto máximo que tendrá que pagar de gastos de bolsillo por servicios de la red que tienen cobertura de la Parte A y Parte B en 2020 es de **\$6,700**. Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red cuentan para este monto de gastos máximos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. Además, lo que paga por algunos servicios no se toma en cuenta para el monto de gastos máximos de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en la Tabla de Beneficios Médicos.

Si alcanza el monto de gastos máximos de bolsillo de **\$6,700**, no tendrá que pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando la prima del plan y la prima de Medicare Parte B (salvo que la prima de la Parte B la pague Medicaid u otro tercero por usted).

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

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección (consistente en no pagar más que el monto de su costo compartido) aplica aun cuando nosotros paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio y aun cuando haya una disputa y no paguemos ciertos cargos al proveedor. Esta protección funciona de la siguiente forma:

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

SECCIÓN 2. Use esta Tabla de Beneficios Médicos para determinar qué servicios están cubiertos para usted y lo que deberá pagar por ellos**Sección 2.1 Beneficios médicos y costos como miembro de nuestro plan**

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

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros y el equipo) deben ser necesarios desde el punto de vista médico. “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y cumplen los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, nuestro plan no cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenece a la red. El Capítulo 3 proporciona más información acerca de los requisitos para usar los proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
 - ♦ Si recibe servicios cubiertos por Medicare de parte de un proveedor que no pertenece a la red y nosotros no cubrimos dichos servicios, Original Medicare cubrirá los servicios. Usted debe pagar el costo compartido de Original Medicare por todos los servicios que cubre Original Medicare en lugar de nuestro plan.
- Usted tiene un médico de cabecera (PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación por adelantado antes de que pueda acudir con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama darle una “referencia”. En el Capítulo 3 se proporciona más información sobre cómo obtener una referencia y sobre cuáles son las situaciones en las que no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios que se incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación por adelantado (a veces llamada “autorización previa”). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de Beneficios Médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar la Sección 2.2 de este capítulo y la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre las autorizaciones previas, incluidos los servicios que requieren autorización previa y que no se incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos.

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, paga más en nuestro plan de lo que pagaría en

Original Medicare. Por otros, paga menos. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted** 2020. También puede consultarlo en línea en <https://www.medicare.gov> o pedir una copia por teléfono al **1-800-MEDICARE** [1-800-633-4227], las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido a la atención recibida para la condición médica existente.
- En ocasiones, Medicare añade la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio durante 2020, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

Nota: La Tabla de Beneficios Médicos describe los siguientes dos planes de Kaiser Permanente Medicare Plus:

- **Basic Option.**
- **Basic Part B Only Option.**

Si no está seguro en qué plan está inscrito, llame a Servicio a los Miembros o consulte la portada de su **Notificación Anual de Cambios**.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal† Una ecografía de diagnóstico por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Servicios de ambulancia • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestre hacia el centro de atención más cercano que pueda brindar atención, únicamente si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría comprometer la salud de la persona o en caso de que sean autorizados por nuestro plan. • También cubrimos los servicios de ambulancia certificada dentro de Los Estados Unidos y sus territorios sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta ante emergencias del 911, cuando esté disponible) si usted considera, dentro de lo razonable, que presenta una condición médica de emergencia y que su condición necesita el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia. ♦ Es posible que necesite presentar un reclamo de reembolso a menos que el proveedor acepte facturarnos a nosotros (consulte el Capítulo 7). • †El transporte en ambulancia que no es de emergencia es adecuado si se documenta que la condición del miembro es tal que cualquier otro medio de transporte pondría en peligro la salud de la persona y si dicho transporte en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.	\$375 por viaje sencillo.

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

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

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

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
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.	\$50 por consulta.
 Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su médico de cabecera para ayudarle a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablarle (si corresponde) sobre el uso de aspirina, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares† Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada cinco años (60 meses).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada cinco años.
 Prueba de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: • Para todas las mujeres: las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses. • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervicouterino o vaginal, o está en edad de tener hijos y ha tenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos tres años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Servicios quiroprácticos† Los servicios cubiertos incluyen: • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación.	\$20 por consulta.
 Prueba de detección de cáncer colorrectal† • Para personas de 50 años o más, se cubrirá lo siguiente: ♦ Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario como alternativa) cada 48 meses. • Una de las siguientes opciones cada 12 meses: ♦ Prueba Guaiac de sangre oculta en la materia fecal (gFOBT). ♦ Prueba inmunoquímica fecal (FIT). • Prueba de detección colorrectal basada en el ADN cada 3 años. • Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses. • Para las personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.
Servicios dentales*† • En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Original Medicare. • Servicios dentales por accidentes: reparación inmediata, pero sin reemplazos de dientes naturales sanos dentro de un año desde el accidente, cuando los servicios comienzan dentro de los 60 días posteriores a la lesión y cuando los ofrece un proveedor de la red. Nota: Las lesiones provocadas al comer o masticar no están cubiertas.	\$50 por consulta.

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

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

Servicios que tienen cobertura		Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Pruebas de detección de la depresión		
Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de la depresión.	
 Pruebas de detección de diabetes		
Cubrimos este servicio (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles de colesterol y triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad o antecedentes de nivel alto de azúcar (glucosa) en la sangre. Es posible que las pruebas también estén cubiertas si usted reúne otros requisitos, como padecer sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	
Con base en los resultados de estas pruebas, puede reunir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.		
Capacitación para el autocontrol de la diabetes y servicios y suministros para la diabetes		
Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:		
• †Suministros para supervisar el nivel de glucosa en la sangre: monitores de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir la glucosa en la sangre, dispositivos para lancetas, lancetas y soluciones para el control de la glucosa para revisar la exactitud de las tiras reactivas y los monitores.	Sin cargo	
• †Para las personas con diabetes que padecen enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos hechos a la medida (incluidas las plantillas que vienen con estos) cada año calendario y dos pares de plantillas adicionales o un par de zapatos con profundidad y tres pares de plantillas (no incluye las plantillas extraíbles no hechas a la medida que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste.	Coseguro del 20 %	

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
•  La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si cumple ciertas condiciones.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este beneficio preventivo de capacitación para el autocontrol de la diabetes.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 de este folleto). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital pedidas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Cubrimos todo el DME que sea necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no tiene productos de una marca o de un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory. También puede obtener DME que sea necesario desde el punto de vista médico de parte de cualquier proveedor que tenga un contrato de pago por servicio con Medicare (Original Medicare). Sin embargo, si nuestro plan no tiene contrato con este proveedor, usted tendrá que pagar el costo compartido del pago por servicio de Medicare.	Coseguro del 20 %
Atención de emergencia La atención de emergencia corresponde a los servicios que: • Proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	\$90 por consulta en el Departamento de Emergencias. Este copago no se aplica si usted es ingresado directamente y de inmediato al hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es ingresado en el hospital como

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente y no profesional con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red. Usted cuenta con cobertura por atención de emergencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios.	paciente ambulatorio; por ejemplo, si es admitido para observación). †Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados luego de que se estabilice su emergencia, deberá regresar a un hospital de la red para que su atención se siga cubriendo o deberá obtener la autorización del plan para recibir dicha atención en el hospital que no pertenece a la red, y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.
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 proporciona un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	\$50 por consulta.
 Prueba de detección del VIH • Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que tengan un alto riesgo de tener infección por VIH, cubriremos un examen de detección cada 12 meses. • En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventiva del VIH cubiertas por Medicare.
Cuidados de una agencia de atención médica a domicilio† Antes de recibir servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que necesita recibir estos servicios y solicitarlos a una agencia de atención médica a domicilio. Usted debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un esfuerzo enorme.	Sin cargo Nota: No se aplica ningún costo compartido para los servicios de atención médica a domicilio y los artículos provistos conforme a las pautas de Medicare. Sin embargo, se aplicará el costo compartido

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Servicios auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada de medio tiempo o intermitentes. Para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios auxiliares de salud a domicilio y de enfermería especializada deben ser superiores a 8 horas al día y a 35 horas a la semana. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios medicosociales. • Suministros y equipo médico.	aplicable que se indique en cualquier otra parte de esta Tabla de Beneficios Médicos si el artículo está cubierto por un beneficio diferente; por ejemplo, el equipo médico duradero no provisto por una agencia de atención médica a domicilio.
Terapia de infusiones en el hogar† Cubrimos los suministros y los medicamentos para las infusiones en el hogar siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: • El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta médica 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 para los miembros con Medicare Partes A y B Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Su médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o que no pertenece a la red. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de cuidados paliativos y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare y no nuestro plan.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. *Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, el proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si requiere servicios que no son de emergencia, no son de urgencia, están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan para los servicios de la red. • *Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, debe pagar el costo compartido de acuerdo con Medicare de Pago por Servicio (Original Medicare). Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5, “Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare”. Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que organicemos los servicios.	
• 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.	\$35 por consulta de atención primaria y \$50 por consulta de atención especializada.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Cuidados paliativos para miembros del plan Standard Part B Only Option - Nuestro plan, en lugar de Original Medicare, cubre los cuidados paliativos para los miembros que no tienen Medicare Parte A. Los miembros deben recibir los servicios paliativos de parte de los proveedores de la red. - 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.	Sin cargo \$35 por consulta de atención primaria y \$50 por consulta de atención especializada.
 Vacunas Los servicios cubiertos por Medicare Parte B incluyen los siguientes: - Vacuna contra la neumonía. - Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. - Vacuna contra la Hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer esta enfermedad. - Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. - Además, cubrimos las siguientes vacunas de rutina con el apoyo de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) que Medicare Parte B no cubre: - Refuerzo de la vacuna contra la difteria y el tétanos: una vez cada 10 años, 19 años y más (excepto según lo indicado en vacunas de la infancia).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza y la Hepatitis B. Sin cargo
Atención para pacientes hospitalizados† Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros	Usted paga \$1,364 por hasta 90 días por periodo de beneficios. El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted va a un

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente en un hospital a petición de un médico. El día anterior al alta hospitalaria es el último día como paciente hospitalizado. Cubrimos hasta 90 días por periodo de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • El costo de las unidades de atención especializada (como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Pruebas de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Los costos por uso del quirófano y la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados derivados del manejo médico de los síntomas de abstinencia relacionados con el abuso de sustancias (desintoxicación). • En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de	hospital para pacientes hospitalizados o a un centro de enfermería especializada (SNF) con cobertura de Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF. †Si recibe atención autorizada para pacientes hospitalizados en un hospital que no pertenece a la red después de que su estado de emergencia se haya estabilizado, deberá pagar el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2019 y no termina hasta 2020, el costo compartido de 2019 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplantes en algún centro fuera del patrón de atención para trasplantes de su comunidad y usted decide recibir un trasplante en el centro distante, haremos los arreglos necesarios para pagar los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o alguien más debe donarle la sangre. Se cubren todos los demás componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre que se use. • Servicios de un médico.	
Nota: Para ser considerado un “paciente hospitalizado”, el proveedor deberá expedir una orden para que lo admitan formalmente como paciente hospitalizado. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o un paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!”. Puede obtener esta hoja informativa en el sitio Web 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 a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados† Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. • Cubrimos hasta 90 días por periodo de beneficios sin exceder los 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. La cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida	Usted paga \$1,364 por hasta 90 días por periodo de beneficios. El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un centro de enfermería especializada (SNF) con cobertura de Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
se reduce por el número de días como paciente hospitalizado para el tratamiento de salud mental previamente cubierto por Medicare en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a las hospitalizaciones por salud mental en la unidad de psiquiatría de un hospital general.	calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF. Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2019 y no termina hasta 2020, el costo compartido de 2019 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta† Si ya agotó sus beneficios de salud mental como paciente hospitalizado o en centros de enfermería especializada (SNF) o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización o estadía en un SNF. Sin embargo, en algunos casos cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: Servicios de un médico.	Según el plan en el que se haya inscrito, deberá pagar lo siguiente por los servicios cubiertos para pacientes ambulatorios y otros productos que cubre Medicare Parte B cuando los proporcionan los proveedores de la red: \$35 por consulta de atención primaria y \$50 por consulta de atención especializada.
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.	\$40 por consulta.
Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico	\$60 por consulta.
Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio).	Sin cargo
Rayos X.	\$40 por consulta.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Aparatos prostéticos u ortopédicos (que no sean dentales) que reemplacen parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que sea inoperante o disfuncional permanentemente, incluidos el reemplazo o las reparaciones de dichos aparatos. • Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares (incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos debido a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente).	Coseguro del 20 %
 Terapia médica nutricional† Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo refiera el médico. Cubrimos tres horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que reciba los servicios de terapia médica nutricional por parte de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de salud de Medicare u Original Medicare) y dos horas cada año subsiguiente. Si la afección, el tratamiento o el diagnóstico cambian, usted podrá recibir más horas de tratamiento mediante una referencia del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su referencia anualmente si su tratamiento seguirá siendo necesario en el siguiente año calendario.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
 Medicare Diabetes Prevention Program (MDPP) Los servicios del MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
El MDPP es una intervención estructurada para cambios del comportamiento relacionado con la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	
Medicamentos recetados de Medicare Parte B† Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos por medio de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • 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. • Antígenos. • Ciertos medicamentos para la diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa). • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.	Sin cargo
• Los medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • Factores de coagulación que se administra usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia.	Para todos los demás medicamentos recetados de Medicare Parte B, usted paga los siguiente según el tipo de farmacia y de medicamento: • Suministro de hasta 30 días en farmacias de la red ubicadas en un centro de atención de

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano. • Ciertos medicamentos orales anticancerígenos y contra las náuseas. • Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en casa de las principales enfermedades de deficiencia inmunitaria. Nota: El Capítulo 5 explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que sus recetas estén cubiertas. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.	Kaiser Permanente o en nuestra farmacia de pedidos por correo: ♦ \$17 por medicamentos genéricos. ♦ \$45 por medicamentos de marca. • Suministro de hasta 30 días en farmacia afiliada a la red: ♦ \$34 por medicamentos genéricos. ♦ \$50 por medicamentos de marca.
 Prueba de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o profesional médico para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.
Servicios del programa de tratamiento con opioides† Los servicios de tratamiento para el trastorno por consumo de opioides están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos servicios por medio de nuestro plan. Los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos para el tratamiento de agonistas y antagonistas de los opioides aprobados por la FDA, y el suministro y la administración de dichos medicamentos, si corresponde.	Sin cargo por medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente cuando los proporciona un Opioid Treatment Program.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Asesoramiento para abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología.	\$50 por consulta.
Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios y servicios y suministros terapéuticos† Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Pruebas de laboratorio. • Electrocardiogramas (EKG) y electroencefalogramas (EEG). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o alguien más debe donarle la sangre. Se cubren todos los demás componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre que se use.	Sin cargo
• Rayos X.	\$40 por consulta.
• Radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico.	\$60 por consulta.
• Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. ♦ Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografías computarizadas (TC), tomografías por emisión de positrones (TEP) y exámenes de medicina nuclear.	Coseguro del 20 %
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios† Los servicios de observación son servicios que se proporcionan al paciente ambulatorio para determinar si	Cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio, usted paga lo siguiente: • \$400 por estadía.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplirse los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando los ordena un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!”. Puede obtener esta hoja informativa en el sitio Web 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 a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	Nota: No hay cargos adicionales para las hospitalizaciones de observación para pacientes ambulatorios cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o de una cirugía ambulatoria.
Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios† Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:	Departamento de Emergencias • \$90 por consulta. Cirugía para pacientes ambulatorios • \$400 por consulta. Consulte la sección “Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” de esta Tabla de

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.	Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos que corresponden a los servicios de observación.
• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. • Rayos X y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Otros servicios de radiología facturados por el hospital.	Sin cargo adicional cuando se reciben como parte de la hospitalización como paciente ambulatorio.
• 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.	Usted paga \$55 por día para la hospitalización parcial.
• La anestesia dental y los cargos en centros hospitalarios o ambulatorios relacionados con ella están cubiertos cuando se brindan junto con atención dental a un miembro que: ♦ tiene siete años de edad o menos o tiene una discapacidad del desarrollo; y ♦ es una persona de quien no se puede esperar un resultado exitoso de la atención proporcionada bajo anestesia local debido a una condición física, intelectual u otra condición que ponga en riesgo la salud desde el punto de vista médico; y ♦ es una persona de quien se puede esperar un resultado superior de la atención dental si se le brinda anestesia general; o ♦ es un niño que no coopera en absoluto, tiene miedo o no se comunica, de 17 años de edad o menos y con necesidades dentales de tal magnitud que el tratamiento no se puede retrasar ni aplazar; y ♦ es una persona para la que se puede esperar que la falta de tratamiento provoque dolor bucal, infección, pérdida de dientes u otra morbilidad bucal o dental aumentada; o	\$400 por consulta. Nota: Si el procedimiento provoca una situación que requiere de hospitalización y usted ingresa como paciente hospitalizado, el costo compartido por la atención de paciente hospitalizado también se aplicaría (consulte la sección “Atención hospitalaria” en esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer la información de costos compartidos).

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
♦ un adulto de 17 años de edad o más y que la condición médica del Miembro (por ejemplo, enfermedad cardíaca y hemofilia) requiera que el servicio dental se realice en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio por seguridad del Miembro. Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará los montos de costo compartido correspondientes a los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!”. Puede obtener esta hoja informativa en el sitio Web 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 a estos números sin costo las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios† Los servicios cubiertos incluyen: • Los servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con certificación estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, enfermero especialista clínico, enfermero con práctica médica, asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare según lo estipulado por las leyes estatales correspondientes.	\$35 por consulta.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios† • Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención para pacientes ambulatorios, como los departamentos de pacientes ambulatorios de los hospitales, los consultorios de terapeutas independientes y los Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).	\$40 por consulta.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Servicios para el abuso de sustancias para pacientes ambulatorios† El tratamiento para el abuso de sustancias está cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y si es razonable para la afección del paciente.	\$35 por consulta.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios† Nota: Si le van a practicar alguna cirugía en un centro hospitalario, le sugerimos verificar con el proveedor si lo considerarán un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente hospitalizado, usted será considerado un paciente ambulatorio y pagará las cantidades del costo compartido correspondientes para la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un paciente ambulatorio.	\$400 por consulta.
Servicios de hospitalización parcial† “Hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios.	\$55 por día.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Servicios de un médico o profesional médico, incluidas las visitas al consultorio del médico. Los servicios cubiertos incluyen: • †Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios desde el punto de vista médico proporcionados en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria, departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en cualquier otro lugar. • †Consultas, diagnóstico y tratamiento por parte de un especialista. • †Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por un proveedor de la red, si su médico lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • †Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia para una enfermedad neoplásica o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionara un médico).	Visitas al consultorio \$35 por consulta de atención primaria y \$50 por consulta de atención especializada. Cirugía para pacientes ambulatorios \$400 por consulta.
• Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la ESRD para miembros de diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de difícil acceso, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación o el tratamiento de síntomas de un ataque cerebral agudo. • Breves exámenes virtuales (por ejemplo, por teléfono o videollamada) de 5 a 10 minutos con su médico, si es un paciente establecido y el examen virtual no está relacionado con una visita al consultorio dentro de los 7 días anteriores, ni da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más próxima.	Sin cargo

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Evaluación remota de videos o imágenes pregrabados que usted envía a su médico, incluidos la interpretación y el 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 dentro de los 7 días anteriores, ni da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita disponible más próxima. • Consulta que su médico realiza con otros médicos por teléfono o Internet, o evaluación de la historia clínica electrónica, si usted es un paciente establecido.	
Servicios de podología† Los servicios cubiertos incluyen: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón de talón). • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertos padecimientos médicos que afectan las extremidades.	Visitas al consultorio \$50 por consulta. Cirugía para pacientes ambulatorios \$400 por consulta.
 Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres de 50 años en adelante, los siguientes servicios están cubiertos cada 12 meses: • Prueba de tacto rectal. • Prueba del antígeno prostático específico (PSA).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.
Aparatos protésicos y suministros relacionados† Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y la	• Coseguro del 20 % por aparatos y suministros ortopédicos o protésicos, incluidos los suministros para la atención de las heridas. • Los aparatos protésicos internos implantados quirúrgicamente se ofrecen sin cargo.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
reparación o el reemplazo de estos aparatos. También incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o la cirugía de las cataratas (para obtener más información, consulte el apartado “Cuidado de la visión” más adelante en esta sección).	
Servicios de rehabilitación pulmonar† Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y que cuentan con una orden de rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.	\$30 por consulta.
 Prueba de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido del alcohol Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hacen un uso indebido del alcohol, pero no tienen dependencia de este. Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento cara a cara al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de cabecera o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol.
 Detección de cáncer de pulmón con una tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)† Para personas que reúnen los requisitos, se cubre una LDCT cada 12 meses. Los miembros elegibles son personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tienen antecedentes de haber fumado al menos un paquete diario de tabaco durante 30 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las sesiones de asesoramiento y las consultas para la toma compartida de decisiones cubiertas por Medicare ni a la LDCT.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas consultas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico. • Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT después de la LDCT inicial, el miembro debe recibir una orden por escrito para una prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no sea un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional médico que no sea un médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones para las siguientes pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir los requisitos de Medicare para dichas consultas.	
 Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ETS cuando las ordena un médico de cabecera. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento de conducta, de 20 a 30 minutos, cara a cara y de alta intensidad cada año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de contraer una ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de cabecera y si se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ETS y asesoramiento sobre ETS para prevenirlas.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Servicios para tratar las enfermedades renales† Los servicios cubiertos incluyen: - Servicios de educación sobre las enfermedades renales para que los miembros conozcan el tema y tomen decisiones informadas acerca de su atención. Cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales de por vida para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando los refiera su médico. - Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios. - Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que le ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar). - Equipo y suministros para diálisis en el hogar. - Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, en caso de ser necesarias, las visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, ayudar en casos de emergencia y revisar su equipo de diálisis y suministro de agua). - Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial). Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por el beneficio de medicamentos de Medicare Parte B. Para obtener información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de Medicare Parte B”.	Sin cargo Coseguro del 20 %. No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección “Atención para pacientes hospitalizados” de esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.
Atención en centros de enfermería especializada (SNF)† (Para leer la definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este	Usted paga lo siguiente por periodo de beneficios: Sin cargo durante los días 1 a 20. \$170.50 por día del día 21 al 100.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
folleto. Este tipo de centros de atención de enfermería especializada a veces se conocen como “SNF”). Por periodo de beneficios, cubrimos hasta 100 días de servicios especializados para pacientes hospitalizados en centros de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas las dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre y concentrados de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las primeras tres pintas de sangre que reciba en un año calendario o alguien más debe donarle la sangre. Se cubren todos los demás componentes de la sangre desde la primera pinta de sangre que se use. • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF. • Pruebas de laboratorio que generalmente proporciona un SNF. • Rayos X y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF. • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF. • Servicios de un médico o profesional médico.	El periodo de beneficios comienza el primer día en que usted va a un hospital para pacientes hospitalizados o a un centro de enfermería especializada (SNF) con cobertura de Medicare. El periodo de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF. Nota: Si el periodo de beneficios comienza en 2019 y no termina hasta 2020, el costo compartido de 2019 continuará hasta que el periodo de beneficios termine.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
 Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) Si usted consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el consumo de tabaco: Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara. Si usted consume tabaco y se le ha diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: Cubriremos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.
Terapia Supervisada de Ejercicio (SET)† La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico.	\$30 por consulta

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
• Ofrecerlo el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. Nota: La SET puede estar cubierta, durante un periodo prolongado, por 36 sesiones adicionales a las 36 sesiones a lo largo de 12 semanas si un proveedor de atención médica lo considera necesario desde el punto de vista médico.	
Servicios de urgencia Los servicios de urgencia son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente. • Dentro del área de servicio: Usted debe recibir la atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no se encuentre disponible o no se pueda acceder a ella temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, una gran catástrofe). • Fuera del área de servicio: Usted cuenta con cobertura de atención de urgencia dentro de los Estados Unidos y sus territorios en caso de que necesite atención médica inmediata por alguna enfermedad o lesión imprevista y si cree razonablemente que su salud podría deteriorarse gravemente si retrasa el tratamiento hasta volver a su área de servicio. El costo compartido por servicios urgentes necesarios provistos fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos dentro de la red. Consulte la Sección 3 del Capítulo 3 para obtener más información.	Visitas al consultorio • \$65 por consulta. Departamento de Emergencias • \$90 por consulta.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Cuidado de la visión Los servicios cubiertos incluyen: †Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento por degeneración macular relacionada con la edad. †Original Medicare no cubre los exámenes de rutina de los ojos (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto.	\$35 por consulta con el optometrista y \$50 por consulta con el oftalmólogo.
🍏 Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma al año. Las personas con riesgo alto de glaucoma incluyen a las personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años. †Para las personas con diabetes se cubre, una vez al año, una prueba de detección de retinopatía diabética.	Sin cargo
†Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si se le practican dos operaciones diferentes de cataratas, no puede acumular el beneficio de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). †Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de cristalino.	Coseguro del 20 %
🍏 Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” Cubrimos una consulta preventiva única de “Bienvenido a Medicare”. Esta consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones) y referencias para otro tipo de atención, si es necesaria.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
Importante: Cubrimos la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare” solo durante los primeros 12 meses después de contratar Medicare Parte B. Cuando haga la cita con el médico, coménteles que desea programar la consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”.	
Nota: Consulte el Capítulo 1 (Sección 10) y el Capítulo 11 para obtener información sobre la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en esta Tabla de Beneficios Médicos.	

SECCIÓN 3. ¿Cuáles son los servicios que no cubre nuestro plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

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

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

Todas las exclusiones o limitaciones de los servicios se describen en la Tabla de Beneficios o en la siguiente tabla. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará.

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

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

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare		√ Esta exclusión no aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero están cubiertos por nuestro plan.
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos que, según nuestro plan y Original Medicare, la comunidad médica generalmente no acepta.		√ Podrían tener la cobertura de Original Medicare por medio de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare. (Consulte la Sección 5 del Capítulo 3 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Habitación privada en un hospital		√ Servicio con cobertura solo cuando es necesario desde el punto de vista médico.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar	√	
La atención de custodia es atención que se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no requiere atención médica o de enfermería especializadas. La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado,	√	

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
como la atención que lo ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.		
Servicios de tareas domésticas, incluida la asistencia con las tareas domésticas básicas, como hacer una limpieza rápida o preparar comidas sencillas	√	
Las tarifas que cobran sus familiares inmediatos o los miembros de su hogar	√	
Cirugía estética o procedimientos estéticos		√ Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.
Atención dental de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras postizas	√	
Atención dental que no es de rutina		√ El cuidado dental necesario para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierto como atención para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
Atención quiropráctica de rutina		√ La manipulación de la columna vertebral para corregir una subluxación está cubierta.

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Cuidado rutinario de los pies		√ Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Comidas con entrega a domicilio	√	
Zapatos ortopédicos		√ Si los zapatos forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico o si son para una persona con pie diabético.
Dispositivos de soporte para los pies		√ Calzado ortopédico o terapéutico para las personas con pie diabético.
Pruebas de audición de rutina	√	
Audífonos o exámenes para ajustar audífonos		√ Esta exclusión no se aplica a los implantes cocleares ni a los dispositivos auditivos externos osteointegrados que tienen la cobertura de Medicare.
Exámenes de rutina de los ojos, anteojos y lentes de contacto		√ Se cubren el examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) después de una cirugía de cataratas.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	√	
Servicios de infertilidad	√	

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	√	
Acupuntura	√	
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos)	√	
Cuidados que se brindan en un centro de atención intermedia autorizado	√	
Equipos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo	√	
Servicios de enfermería privada	√	
Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, como suplementos alimenticios o herbales, productos para la pérdida de peso, leche maternizada y alimentos	√	
Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos cosméticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental)		√ Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.
Servicios que se proporcionan a los veteranos en los centros de atención del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)		√ Si un veterano recibe servicios de emergencia en un hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores que los de nuestro plan, le reembolsaremos la diferencia. Los miembros siguen siendo responsables de pagar los costos compartidos de nuestro plan.

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Cirugía reconstructiva que ofrece únicamente mejoras mínimas en la apariencia o que se realiza para modificar o cambiar la forma de las estructuras normales del cuerpo a fin de mejorar la apariencia		✓ Cubrimos la cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumas, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
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 (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia)		✓ Puede solicitar y podríamos brindarle la inserción de un IOL para corregir la presbicia o un IOL para corregir el astigmatismo después de una cirugía de cataratas en lugar de un IOL convencional. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre los Cargos del Plan por la inserción del IOL no convencional y los servicios relacionados, y los Cargos del Plan por la inserción de un IOL convencional después de una cirugía de cataratas.

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Masoterapia		√ Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Gastos de traslados y alojamiento		√ Solo se brindan en relación con los servicios de trasplantes fuera del área de servicio que cubrimos.
Traslado en avión, automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas y cualquier otro medio de transporte (excepto una ambulancia autorizada), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un proveedor de la red.	√	
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte		√ Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si están cubiertos por Medicare.
Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo o para participar en programas de empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o periodo de prueba		√ Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico o de atención preventiva adecuada desde el punto de vista médico.
Servicios relacionados con servicios o artículos sin cobertura		√ Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios o artículos relacionados con ellos, (1) excepto los que de otra

Servicios sin cobertura por parte de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
		forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o artículo sin cobertura, o bien (2) si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios sin aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos. Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y cualquier otro servicio que por ley deba contar con la aprobación federal de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) para su venta en EE. UU., pero que no cuente con tal aprobación.		√ Esta exclusión se aplica a los servicios proporcionados en cualquier parte, incluso fuera de EE. UU. No se aplica a los ensayos clínicos cubiertos por Medicare ni a la atención de emergencia cubierta que usted reciba fuera de EE. UU.
Las exclusiones descritas en la enmienda “Lo Que Necesita Saber: Sus Beneficios y Derechos de Atención Médica Importantes Impuestos por el Estado y Otros Avisos Legales”	√	

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

SECCIÓN 1. Introducción	93
Sección 1.1 En este capítulo, se describe la cobertura de medicamentos de la Parte D	93
Sección 1.2 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan.....	94
SECCIÓN 2. Cómo surtir las recetas en una farmacia de la red o por medio de nuestro servicio de venta por correo	94
Sección 2.1 Use una farmacia de la red para que la receta esté cubierta	94
Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red.....	95
Sección 2.3 Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo	96
Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?	97
Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no pertenece a nuestra red?	97
SECCIÓN 3. Sus medicamentos deben estar en nuestra “Lista de Medicamentos”	98
Sección 3.1 La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos	98
Sección 3.2 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos?	99
SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	100
Sección 4.1 ¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos?	100
Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?	100
Sección 4.3 ¿Alguna de las restricciones mencionadas se aplica a sus medicamentos?	101
SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?	101
Sección 5.1 Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría	101
Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera?	102

SECCIÓN 6. ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	103
Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año	103
Sección 6.2 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para un medicamento que está usando?	104
SECCIÓN 7. ¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?	106
Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura	106
SECCIÓN 8. Muestre su tarjeta de membresía del plan cuando surta una receta.....	107
Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía.....	107
Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva su tarjeta de membresía?.....	107
SECCIÓN 9. Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales.....	107
Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted está internado en un hospital o en un centro de enfermería especializada y nuestro plan cubre su estadía?	107
Sección 9.2 ¿Qué sucede si usted reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)?.....	108
Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura para medicamentos por medio de un plan de grupo para jubilados o de un empleador?	109
Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?.....	109
SECCIÓN 10. Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración.....	110
Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de forma segura	110
Sección 10.2 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a consumir sus medicamentos opioides de forma segura.....	110
Sección 10.3 Programa Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos.....	111



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

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen “Extra Help” y, para los residentes de Maryland, los programas State Pharmaceutical Assistance Program. Consulte la Sección 7 del Capítulo 2 para obtener más información.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **cierta información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica para usted.** Le enviamos un documento por separado llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1. Introducción

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

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

Además de los medicamentos cubiertos por la Parte D, también cubrimos ciertos medicamentos de acuerdo con los beneficios médicos de nuestro plan.

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

Es posible que Original Medicare cubra sus medicamentos si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Solo cubrimos los servicios y medicamentos de Medicare Parte A, B y D que no se asocien con su pronóstico terminal y las condiciones relacionadas. Por consiguiente, estos no están cubiertos por los beneficios de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 de este capítulo, “Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare”. Para obtener información sobre la cobertura de los cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4, “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

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

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otra persona que pueda recetar) debe emitir la receta médica.
- Quien le hace la receta médica debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los CMS que demuestre que está calificado para hacer recetas médicas o se negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que hable por teléfono o visite a la persona que le hace la receta médica debe preguntarle si cumple con este requisito. Si no lo hace, tenga en cuenta que a esta persona le llevará tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta médica. (Consulte la Sección 2. “Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan”).
- Su medicamento debe estar en la **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020** (llamada “Lista de Medicamentos”, para abreviar). (Consulte la Sección 3, “Sus medicamentos deben estar en nuestra Lista de Medicamentos”).
- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una “indicación aceptada desde el punto de vista médico” es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

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

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrarle sus medicamentos recetados cubiertos. La frase “medicamentos cubiertos” se refiere a los medicamentos recetados de la Parte D que tienen cobertura de acuerdo con la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.2 Cómo encontrar farmacias de la red

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

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

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita resurtir un medicamento que está tomando, puede pedir que un proveedor le escriba una receta nueva o que le transfieran la receta médica a su nueva farmacia de la red.

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

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

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las recetas médicas deben surtirse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de cuidados a largo plazo (como los hogares para ancianos) tienen su propia farmacia. Si se encuentra en un centro LTC, debemos asegurarnos de que usted pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias LTC, las cuales son las farmacias que el centro LTC usa comúnmente. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros.
- Las farmacias que trabajan con los Servicios de Salud para la Población Indígena/Tribus/Urban Indian Health Program (no disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso.

Nota: Este caso no es frecuente.

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Sección 2.3 Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo

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

Nuestro servicio de pedidos por correo le permite pedir un suministro hasta para 90 días.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a la farmacia de Kaiser Permanente al **703-466-4900** o a la línea telefónica gratuita al **1-800-733-6345**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. y los sábados de 8:30 a. m. a 4 p. m. (TTY **711**).

Usted puede, de manera conveniente, ordenar que le surtan sus recetas de las siguientes maneras:

- Llame a la línea de EZ Refill al **1-866-299-9415**, los 7 días de la semana, las 24 horas del día, (TTY **711**). Asegúrese de seleccionar la opción de entrega por correo cuando se le indique.
- Regístrese y ordene de manera segura en línea en **kp.org/refill**.

Si solicita el resurtido por correo en línea, por teléfono o por escrito, debe pagar el costo compartido al realizar el pedido (en el caso del servicio normal de pedido por correo, no hay cargos de envío). Si así lo prefiere, puede elegir una farmacia de la red donde desea recoger y pagar sus medicamentos. Comuníquese con una farmacia de la red para saber si su receta médica se puede surtir por correo o consulte nuestra Lista de Medicamentos para obtener información sobre el tipo de medicamentos que pueden enviarse por correo.

En general, los pedidos de una farmacia de pedidos por correo tardan menos de 5 días en llegar. Si su receta de orden por correo está retrasada, llame a la farmacia de Kaiser Permanente para solicitar ayuda al **1-800-733-6345** o al **703-466-4900**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. y los sábados, de 8:30 a. m. a 4 p. m. (TTY **711**). Además, si no puede esperar a que su medicamento llegue desde nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro de urgencia llamando a este número o su farmacia minorista preferida local de la red que aparece en su **Directorio de Farmacias** o en **kp.org/directory**.

Resurtido de medicamentos por correo. Para solicitar 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 comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle a esta sus medios preferidos de contacto. Cuando haga su pedido, proporcione su información de contacto actual en caso de que necesitemos comunicarnos con usted.

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

Nuestro plan le ofrece **dos maneras** de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de los medicamentos de “mantenimiento” incluidos en la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma de manera regular para tratar una condición médica crónica o a largo plazo. Puede solicitar este suministro mediante un pedido por correo (consulte la Sección 2.3 de este capítulo) o puede dirigirse 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 pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el **Directorio de Farmacias**. También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
2. Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de venta por correo de nuestro plan. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de pedidos por correo están catalogados como medicamentos “de pedidos por correo” en la Lista de Medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo le permite pedir un suministro hasta para 90 días. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información sobre cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo.

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

En ciertas circunstancias, su receta médica puede tener cobertura

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. Para ayudarle, trabajamos con farmacias de la red fuera del área de servicio donde puede surtir sus recetas como miembro de nuestro plan. Si no puede usar una farmacia de la red, cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera del plan en las siguientes circunstancias:

- Si usted está de viaje dentro de los Estados Unidos y sus territorios, pero se encuentra fuera del área de servicio y se enferma o se queda sin medicamentos recetados cubiertos de la Parte D, ofrecemos cobertura para surtir recetas en una farmacia que no pertenece a la red solo para circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia fuera de la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia que no pertenece a la red. **Nota:** En el caso de los medicamentos recetados que hayan sido recetados y surtidos fuera de Estados Unidos y sus territorios como parte de la atención de emergencia o de urgencia cubierta, cubriremos un suministro hasta para 30 días en un periodo de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no se toman en cuenta para alcanzar la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

- Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra área de servicio porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que esté abierta las 24 horas. Si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia de la red dentro del horario normal de atención, es posible que no cubramos su receta médica.
- Si trata de surtir un medicamento recetado cubierto que no está disponible normalmente en farmacias accesibles de la red o mediante el servicio de pedidos por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos en una farmacia de la red durante un desastre.

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

¿Cómo solicitar un reembolso?

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

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

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

Nuestro plan cuenta con una **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020**. En esta **Evidencia de Cobertura** la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

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

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

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

- Fue aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos. (Es decir, la Administración de Alimentos y Medicamentos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la condición para los que se recetó).
- O está respaldado por determinados libros de referencia. (Estos libros de referencia son Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX; y, para el cáncer, la Red Integral Nacional de Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores).

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

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

¿Qué *no* incluye la Lista de Medicamentos?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

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

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

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en **kp.org/espanol**.
2. Visite nuestro sitio web (**kp.org/seniorrx**). Nuestra Lista de Medicamentos (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020**) que aparece en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicio a los Miembros para preguntar si un medicamento en particular está en la Lista de Medicamentos de nuestro plan (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020**) o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 4. Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura

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

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

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

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que anulemos alguna restricción en su caso, tendrá que seguir el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos (**Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020**). Esto sucede porque es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos de acuerdo con factores como la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento que le receta el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno al día o dos al día; en forma de comprimidos o en forma líquida).

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

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

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

Generalmente, los medicamentos “genéricos” son tan eficaces como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos. Cuando hay una versión genérica disponible de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el genérico. En general, no cubrimos el medicamento de marca cuando hay una versión genérica disponible. Sin embargo, si su proveedor nos informa que hay una razón médica por la cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma condición funcionarán para usted, cubriremos el costo del medicamento de marca. (Es posible que la parte que le corresponde del costo del medicamento sea mayor en el caso de los medicamentos de marca que en el de los genéricos).

Cómo obtener la aprobación por adelantado del plan

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

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

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

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicio a los Miembros para averiguar qué necesitan hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura para ese medicamento. Si desea que anulemos alguna restricción en su caso, tendrá que seguir el proceso de decisión sobre la cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte la Sección 6.2 del Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción).

SECCIÓN 5. ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como a usted le gustaría?**Sección 5.1 Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría**

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

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

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

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

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

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

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

Puede obtener un suministro provisional

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

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

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

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

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

- ♦ **Para aquellos miembros nuevos o que estaban en el plan el año pasado:** Cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de la membresía en nuestro plan si usted es nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si estaba en el plan el año pasado. Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si su receta es para menos días, permitiremos que la surta varias veces, hasta alcanzar un suministro máximo de medicamento para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tome en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- ♦ **Para aquellos miembros que llevan más de 90 días en el plan, residen en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediatamente:** Cubriremos un suministro para un máximo de 31 días, o menos en caso de que su receta médica indique que es para menos días. Este suministro es adicional al suministro temporal que se mencionó arriba.

- ♦ **Para los miembros actuales con cambios en el nivel de atención**, si ingresa o es dado de alta de un hospital, centro de enfermería especializada o centro de cuidados a largo plazo y pasa a un centro u hogar de atención diferente, a esto se le conoce como un cambio en el nivel de atención. Cuando hay un cambio en el nivel de atención, es posible que necesite un suministro adicional de su medicamento. En general, cubriremos un suministro de hasta un mes de sus medicamentos de la Parte D durante este periodo de transición en el nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos.

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

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

Puede cambiar de medicamento

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

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

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

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos. Salen a la venta nuevos medicamentos, incluidas nuevas versiones genéricas. El gobierno quizás apruebe un nuevo uso de un medicamento existente. A veces, un medicamento se retira del mercado y, por lo tanto, lo quitamos de la lista. O podemos quitar un medicamento de la lista porque se determina que no es eficaz.
- Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento (para obtener más información acerca de las restricciones en la cobertura, consulte la Sección 4 de este capítulo).
- Reemplazar un medicamento de marca por su versión genérica.

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

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

Información sobre los cambios en la cobertura de los medicamentos

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

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

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

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca)**
 - ♦ Es probable que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazaremos con una versión genérica aprobada recientemente del mismo medicamento que aparecerá con un nivel de costo compartido igual o menor y con las mismas o con menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la Lista de Medicamentos, pero lo moveríamos de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadiríamos nuevas restricciones.
 - ♦ Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
 - ♦ Usted o quien lo recete pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento de marca. Para obtener más información sobre

cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”.

- ♦ Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- **Se retiran del mercado medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos.**
 - ♦ De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente del mercado porque se descubre que es peligroso o por otra razón. Si esto ocurre, retiraremos el medicamento de la Lista de Medicamentos de inmediato. Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato sobre el cambio.
 - ♦ Quien lo recetó también estará al tanto del cambio y le ayudará a buscar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.**
 - ♦ Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca o podemos cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca. También podemos hacer cambios con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso del cambio al menos con 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y resurtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
 - ♦ Después de que reciba el aviso del cambio, debe hablar con quien lo recetó para determinar si comenzará a usar otro medicamento con cobertura.
 - ♦ O usted o quien lo recetó pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento en cuestión. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”.
- **Los cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos no afectarán a las personas que estén tomándolos actualmente:** En el caso de los cambios a la Lista de Medicamentos que no se describen arriba, si actualmente está tomando el medicamento, los siguientes cambios no lo afectarán sino hasta el 1 de enero del próximo año, si se queda en el plan:
 - ♦ Se aplica una restricción nueva al uso del medicamento.
 - ♦ Quitamos el medicamento de la Lista de Medicamentos.

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

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

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos sin cobertura

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

Si usted recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. No pagaremos los medicamentos que se mencionan en esta sección excepto cuando, mediante una apelación, se considere que el medicamento solicitado es un medicamento que no está excluido conforme a la Parte D y que deberíamos haberlo pagado o cubierto debido a su situación particular. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un medicamento, consulte la Sección 6.5 del Capítulo 9 de este folleto).

A continuación se mencionan tres reglas generales acerca de los medicamentos que no cubrirá la Parte D de los planes de medicamentos de Medicare:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye los medicamentos que tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B.
- El plan no cubre medicamentos que se compren fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso no indicado. Un “uso no indicado” es cualquier uso del medicamento distinto de aquellos que aparecen en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - ♦ En general, la cobertura de “usos no indicados” solo se permite cuando la respaldan ciertos libros de referencia. Estos libros de referencia son Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX; y, para el cáncer, la Red Integral Nacional de Cáncer y Farmacología Clínica o sus sucesores. Si el uso no está respaldado por alguno de estos libros de referencia, nuestro plan no puede cubrir el “uso no indicado”.

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

- Medicamentos sin receta médica (también llamados medicamentos de venta sin receta).
- Medicamentos que se usan para fomentar la fertilidad.
- Medicamentos que se usan para aliviar la tos o los síntomas del resfriado común.
- Medicamentos que se usan para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto las vitaminas prenatales y las preparaciones con fluoruro.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes ambulatorios, para los cuales el fabricante busca exigir que se compren las pruebas o los servicios de supervisión relacionados exclusivamente del fabricante como condición de venta.

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

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

Sección 8.1 Presente su tarjeta de membresía

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

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

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

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

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

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

Si es ingresado con cobertura del plan en un hospital o en un centro de enfermería especializada, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que reciba durante la estadía. Una vez que reciba el alta del hospital o del centro de enfermería especializada, proporcionaremos

cobertura para sus medicamentos siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura. Consulte los apartados anteriores de esta sección para obtener más información sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos. El Capítulo 6 (“Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”) le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar por ellos.

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

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

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

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

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

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

Mientras esté recibiendo el suministro temporal, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro temporal se agote. Es posible que haya otro medicamento que le ofrezca los mismos beneficios y que sí tenga cobertura del plan. O usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento. Si usted y su proveedor quieren pedirnos que hagamos una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 encontrarán información al respecto.

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

¿Actualmente tiene otra cobertura para medicamentos recetados por medio de su plan de grupo para jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge)? De ser así, comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. Esta persona le informará cómo se complementa su cobertura actual para medicamentos recetados con nuestro plan. En general, si actualmente tiene empleo, la cobertura de medicamentos recetados que le ofrecemos ocupará un lugar secundario con respecto a su cobertura de grupo para jubilados o de su empleador. Esto significa que su cobertura de grupo pagará primero.

Aviso especial acerca de la “cobertura acreditada”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sección 10.2 Drug Management Program (DMP) para ayudar a los miembros a consumir sus medicamentos opioides de forma segura

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

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

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

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

Sección 10.3 Programa Medication Therapy Management (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

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

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

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

Es recomendable que haya una revisión de medicamentos antes de su consulta anual de “Bienestar” para que pueda hablar con el médico sobre el plan de acción y la lista de medicamentos. Lleve con usted el plan de acción y la lista de medicamentos a la consulta o cuando hable con los médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, conserve la lista de medicamentos (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos del programa. Si tiene alguna pregunta sobre estos programas, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

SECCIÓN 1. Introducción	114
Sección 1.1 Consulte este capítulo junto con los demás materiales que explican su cobertura de medicamentos	114
Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que paga por medicamentos cubiertos	115
SECCIÓN 2. El monto que pagará por un medicamento depende de la “etapa de pago de medicamentos” en la que se encuentre cuando lo obtenga	115
Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos de los miembros de Medicare Plus?	115
SECCIÓN 3. Le enviamos informes que explican sus pagos por medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra	116
Sección 3.1 Le enviamos un informe mensual llamado “Explicación de Beneficios de la Parte D” (“EOB de la Parte D”)	116
Sección 3.2 Ayúdenos a mantener actualizada la información sobre sus pagos de medicamentos	117
SECCIÓN 4. Durante la etapa de deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.....	118
Sección 4.1 Usted permanece en la Etapa de Deducible hasta que haya gastado \$435 en sus medicamentos	118
SECCIÓN 5. Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje	118
Sección 5.1 Tabla de costos para el suministro de un mes de un medicamento	118
Sección 5.2 Si su médico receta un suministro para menos de un mes, puede que no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero	119
Sección 5.3 Tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo (hasta 90 días) de un medicamento	120
Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos durante el año alcance \$4,020.....	120

SECCIÓN 6. Durante la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de medicamentos genéricos 121

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$6,350 121

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su propio bolsillo por medicamentos recetados 121

SECCIÓN 7. Durante la Etapa de Cobertura para Catástrofes, nuestro plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos 123

Sección 7.1 Una vez que entra en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en esta etapa el resto del año 123

SECCIÓN 8. Lo que usted paga por vacunas cubiertas de la Parte D depende de cómo y dónde las consigue 123

Sección 8.1 Nuestro plan podría tener una cobertura aparte para las vacunas de la Parte D en sí y para el costo de aplicación 123

Sección 8.2 Le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros antes de vacunarse 125



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

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen “Extra Help” y, para los residentes de Maryland, los programas State Pharmaceutical Assistance Program. Consulte la Sección 7 del Capítulo 2 para obtener más información.

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que ofrece ayuda para pagar sus medicamentos, parte de la información de esta **Evidencia de Cobertura** sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no aplica a su caso. Le enviamos un documento por separado, llamado “**Cláusula de la Evidencia de Cobertura para las Personas que Reciben Extra Help para Pagar sus Medicamentos Recetados**” (también conocida como “Cláusula de Subsidio por Bajos Ingresos” o “Cláusula LIS”), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la “Cláusula LIS”. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

SECCIÓN 1. Introducción

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

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

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

- Nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020**. Para simplificar, la llamamos “Lista de Medicamentos”.
 - ♦ La Lista de Medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
 - ♦ También informa si hay restricciones en su cobertura para tal medicamento.
 - ♦ Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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.

- El **Capítulo 5 de este folleto**. El Capítulo 5 incluye detalles sobre la cobertura para medicamentos recetados, entre ellos, las reglas que debe seguir al comprar sus medicamentos cubiertos. En este capítulo 5 también se describen los tipos de medicamentos recetados que no tienen cobertura del plan.
- **Directorio de Farmacias de nuestro plan**. En la mayoría de los casos, usted debe comprar sus medicamentos cubiertos en una farmacia de la red (consulte el Capítulo 5 para obtener más información). El **Directorio de Farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red de nuestro plan. También explica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta de un suministro para tres meses).

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

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

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

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

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos de los miembros de Medicare Plus?

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

Etapa 1 Etapa de Deducible Anual	Etapa 2 Etapa de Cobertura Inicial	Etapa 3 Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura	Etapa 4 Etapa de Cobertura para Catástrofes
Usted comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus 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).	Durante esta etapa, pagamos nuestra parte del costo de sus medicamentos y usted paga la suya. Permanecerá en esta etapa hasta que los “costos totales de medicamentos” anuales a la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) sumen un total de \$4,020. (En la Sección 5 de este capítulo se incluyen los detalles).	Durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa por entrega) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos. Permanecerá en esta etapa hasta que los “gastos de bolsillo” (sus pagos) anuales a la fecha sumen un total de \$6,350. Este monto y las reglas para contabilizar los costos con respecto a este monto fueron establecidos por Medicare. (Para obtener más detalles, consulte la Sección 6 de este capítulo).	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 enviamos informes que explican sus pagos por medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos recetados y de los pagos que usted ha hecho al surtir y resurtir sus recetas en una farmacia. De esta forma, podemos informarle en qué momento pasa de una etapa de pago de medicamentos a otra. En particular, llevamos un registro de dos tipos de costos:

- Cuánto ha pagado usted. Esto es a lo que se le conoce como “**gastos de bolsillo**”.
- Los “**costos totales de medicamentos**”. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre, más el monto que paga el plan.

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

- **La información correspondiente al mes.** El informe incluye los detalles de pago de las recetas que usted surtió durante el mes anterior. Describe los costos totales de los medicamentos, lo que el plan pagó, lo que usted pagó y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.

- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información “hasta la fecha”. Le indica los costos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.

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

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

- **Presente su tarjeta de membresía al surtir una receta médica.** Para asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas, recuerde presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta médica.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** Es posible que haya ocasiones en las que usted pague sus medicamentos recetados y no recibamos automáticamente la información necesaria para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado. (Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo. En la Sección 2 del Capítulo 7 de este folleto, encontrará las instrucciones para hacerlo). A continuación, incluimos una lista de situaciones en las que podría enviarnos copias de sus recibos de medicamentos para garantizar que tengamos un registro completo de lo que usted gastó en medicamentos:
 - ♦ Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - ♦ Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan por medio de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por una compañía farmacéutica.
 - ♦ Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.
- **Envíenos la información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de los gastos de bolsillo y para entrar en la etapa de cobertura para catástrofes. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa State Pharmaceutical Assistance Program para los residentes de Maryland, un AIDS drug assistance program (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta como parte de los gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslo para que podamos llevar un control de sus gastos.
- **Consulte el informe por escrito que le enviamos.** Cuando reciba una **Explicación de Beneficios** (una **EOB de la Parte D**) por correo, revísela para asegurarse de que la información incluida esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea en vez de por correo. Visite kp.org/goinggreen e ingrese para obtener más información sobre cómo ver su **EOB de la Parte D** de forma segura en línea. Asegúrese de conservar estos informes. Son un registro importante de sus gastos en medicamentos.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

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

La Etapa de Deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando se surte la primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, debe pagar el costo total de sus medicamentos hasta que alcance el monto del deducible del plan, que es de **\$435** para 2020.

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

Una vez que haya pagado \$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 de Cobertura Inicial, pagamos nuestro porcentaje de los costos de los medicamentos y usted paga su porcentaje

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

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

- “**Coseguro**” se refiere a que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.
- Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red.

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

Farmacia	Qué paga usted*
• Farmacia minorista o de pedidos por correo de la red	Coseguro del 25 %
• Farmacia de la red en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)	

Farmacia	Qué paga usted*
Farmacia fuera de la red (la cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte más información en el Capítulo 5)	Coseguro del 25 %

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Farmacia	Qué paga usted*
Farmacia minorista o de pedidos por correo de la red	Coseguro del 25 %

Sección 5.4 Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos durante el año alcance \$4,020

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma del costo de todos los medicamentos recetados que surte o vuelve a surtir llega a **\$4,020, que es el límite de esta Etapa de Cobertura Inicial.**

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

- **Lo que usted pagó** por todos los medicamentos cubiertos que compró desde la primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 para obtener más información sobre la manera en la que Medicare calcula los gastos de bolsillo). Esto incluye:
 - ♦ Los \$435 que pagó cuando estaba en la etapa de deducible.
- El monto total que paga como la parte que le corresponde del costo de los medicamentos que compra durante la Etapa de Cobertura Inicial. **Lo que nuestro plan pagó** como la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos durante la Etapa de Cobertura Inicial. (Si usted estuviera inscrito en un plan de la Parte D diferente en cualquier momento durante 2020, el monto que pagó el plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para la suma de los costos de los medicamentos).

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

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

SECCIÓN 6. Durante la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, usted recibe un descuento en los medicamentos de marca y no paga más del 25 % de los costos de medicamentos genéricos

Sección 6.1 Permanece en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de \$6,350

Cuando está en la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura, **el Medicare Coverage Gap Discount Program proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca.** Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa por entrega para los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga usted como el monto con descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted, y le permiten avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura.

También recibe algo de cobertura para los medicamentos genéricos. Usted paga tan solo el 25 % del costo de los medicamentos genéricos y nosotros pagamos el resto. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto pagado por el plan (el 75 %) no cuenta para los gastos de bolsillo. Solo el monto que usted paga cuenta y le hace avanzar en el periodo de intervalo en la cobertura.

Usted continúa pagando el precio con descuento por los medicamentos de marca y no más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcanzan la cantidad máxima que ha establecido Medicare. En 2020, ese monto será de **\$6,350**.

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

Sección 6.2 Cómo calcula Medicare los costos que usted paga de su propio bolsillo por medicamentos recetados

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

Estos pagos sí están incluidos en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, puede incluir los siguientes pagos (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted siga las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5 de este folleto):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - ♦ La Etapa de Deducible.
 - ♦ La Etapa de Cobertura Inicial.
 - ♦ Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos recetados antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace estos pagos, los pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hace un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, el AIDS drug assistance program, algún programa State Pharmaceutical Assistance Program para los residentes de Maryland calificado por Medicare o los Servicios de Salud para la Población Indígena. También se incluyen los pagos que hace el Programa “Extra Help” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Medicare Coverage Gap Discount Program. Se incluye el monto que paga la compañía farmacéutica por sus medicamentos de marca. Pero no se incluye el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos.

Avance a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

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

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Cuando suma los gastos que paga de su propio bolsillo, **no** puede incluir ninguno de estos tipos de pagos por medicamentos recetados:

- El monto que paga por la prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los medicamentos que no tienen cobertura del plan.
- Los medicamentos que compra en una farmacia que no pertenece a la red y que no cumplen los requisitos de cobertura para compras hechas fuera de la red del plan.
- Los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos hechos por nuestro plan por sus medicamentos genéricos o de marca, cuando usted está en la Etapa de Intervalo en la Cobertura.
- Los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de los empleadores.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, la Compensación del Trabajador).

Recuerde: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga todos o parte de sus gastos de bolsillo por medicamentos, usted tiene la obligación de informárselo a nuestro plan. Llame a Servicio a los Miembros para informarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

- **Nosotros le ayudaremos.** El informe de la **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** que le enviamos incluye el monto actual de los gastos de su propio bolsillo por medicamentos (en la Sección 3 de este capítulo, encontrará información al respecto). Cuando usted alcance un total de **\$6,350** en gastos de bolsillo en el año, este informe le dirá que pasó de la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Asegúrese de que obtengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le dice qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que usted ha gastado estén completos y actualizados.

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

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

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

- Usted pagará ya sea un coseguro del **5 %** del costo del medicamento,
- o **\$3.60** por un medicamento genérico o un medicamento que se trate como un genérico, y
- **\$8.95** por todos los demás medicamentos.

Nosotros pagaremos el resto del costo.

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

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

Cubrimos varios tipos de vacunas de la Parte D. También cubrimos vacunas que se consideran beneficios médicos. Puede informarse más sobre la cobertura de estas vacunas en la Tabla de Beneficios Médicos 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. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de aplicación de la vacuna. (A esto a veces se le llama la “administración” de la vacuna).

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

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

1. El tipo de vacuna (para qué enfermedad es la vacuna).

- ♦ Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede encontrar más información sobre la cobertura de estas vacunas en el Capítulo 4, “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.
- ♦ 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 obtiene la vacuna.

3. Quién le aplica la vacuna.

Lo que usted paga en el momento en que obtiene la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:

- ♦ A veces, cuando le aplican la vacuna, tiene que pagar el costo total tanto de la vacuna como de su aplicación. Puede pedirnos que le devolvamos la parte que nos corresponde del costo.
- ♦ En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna o paga la aplicación, solamente paga la parte del costo que le corresponde a usted.

Para mostrar cómo funciona esto, a continuación le presentamos tres formas comunes de obtener una vacuna de la Parte D. Recuerde que usted es responsable de todos los costos relacionados con las vacunas (incluida la aplicación) durante la etapa de deducible y el periodo de intervalo en la cobertura de su beneficio.

Situación 1:

- Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y va a la farmacia de la red a que se la apliquen. (Esta opción depende del lugar en el que vive. Algunos estados no permiten a las farmacias administrar vacunas).
 - ♦ Tendrá que pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna y el costo de la aplicación.
 - ♦ Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2:

- Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.
 - ♦ Al momento de vacunarse debe pagar el costo total de la vacuna y de la administración.

- ♦ Luego, puede pedirnos que paguemos el costo que nos corresponde usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto (“Solicitud para que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”).
- ♦ Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la aplicación).

Situación 3:

- Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y luego la lleva al consultorio del médico, donde se la aplican.
 - ♦ Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna.
 - ♦ Cuando su médico le administre la vacuna, usted deberá pagar el costo total del servicio. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.
 - ♦ Se le reembolsará el monto que le cobró el médico por la aplicación de la vacuna.

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

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

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

CAPÍTULO 7. Solicitud para que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1. Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos.....	127
Sección 1.1 Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago	127
SECCIÓN 2. Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	129
Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago.....	129
SECCIÓN 3. Consideraremos su solicitud de pago y responderemos “sí” o “no”	130
Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar.....	130
Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos el total o una parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación	131
SECCIÓN 4. Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos las copias.....	131
Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo en medicamentos	131

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

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

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

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

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

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

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

- Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, debe pedir que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- A veces, es posible que reciba una factura de un proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos esta factura con los comprobantes de cualquier pago que ya haya hecho.
 - ♦ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
 - ♦ Si ya pagó más que la parte del costo del servicio que le corresponde, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte.

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

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

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección (que evita que pague más del monto del costo compartido) se aplica incluso cuando nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que este cobre por un servicio, y aun cuando haya una disputa y no le paguemos ciertos cargos al proveedor. Para obtener más sobre información sobre la “facturación de saldos”, consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4.
- Si recibe una factura de un proveedor de la red y considera que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y solucionaremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de todos los pagos que hizo y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el monto adeudado de acuerdo con nuestro plan.

Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

Si usted se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó gastos de bolsillo por servicios o medicamentos cubiertos después de su fecha de inscripción, puede solicitar que le reembolsemos la parte de los costos que nos corresponde. Deberá enviarnos los documentos para que procesemos el reembolso.

Llame a Servicio a los Miembros para obtener información adicional acerca de cómo solicitar un reembolso y los plazos para presentar su solicitud. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Cuando surte una receta médica en una farmacia que no pertenece a la red

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

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

Cuando pague el costo total de una receta médica porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted

Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita rápidamente, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta médica.

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

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

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

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020** o podría estar sujeto a un requisito o restricción del que usted no sabía o que no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos el pago. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”, tiene información acerca de cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2. Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió

Sección 2.1 Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago

Envíenos la solicitud de pago junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web (**kp.org/espanol**) o llame a Servicio a los Miembros para solicitarlo. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Envíe su solicitud de pago por correo, junto con cualquier factura o recibo a la siguiente dirección:

Mid-Atlantic Claims Administration
Kaiser Permanente
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

Debe presentarnos su reclamo dentro de los 365 días posteriores a la fecha en que recibió el servicio.

Llame a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, podemos ayudarle. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

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

Sección 3.1 Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. De otra forma, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y usted cumplió todas las reglas para recibir esta atención o medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor por correo. (En el Capítulo 3, se explican las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. En el Capítulo 5, se explican las reglas que debe seguir para que se cubran sus medicamentos recetados de la Parte D).
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En cambio, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos el total o una parte de la atención médica o del medicamento, usted puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago, o si no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto, “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)”. La apelación es un proceso legal detallado con procedimientos complicados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar por leer la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección introductoria que explica el proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones, y proporciona definiciones de términos como “apelación”. Después de leer la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9, que describe qué debe hacer en su situación:

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

SECCIÓN 4. Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos las copias

Sección 4.1 En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo en medicamentos

Hay situaciones en las que debe informarnos sobre los pagos que hizo por medicamentos. Esto no significa que nos esté solicitando un pago, sino que necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

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

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

A veces, cuando usted se encuentra en la etapa de deducible y en la etapa del periodo de intervalo en la cobertura, puede comprar un medicamento en una farmacia de la red a un precio menor al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede tener un precio especial de oferta para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento que está fuera de nuestros beneficios y que ofrece un precio más bajo.

- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de su bolsillo se tomen en cuenta para que usted califique para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Importante:** Si usted está en la etapa de deducible y en la etapa del periodo de intervalo en la cobertura, nosotros no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Sin embargo, si envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto podría ayudarle a calificar más rápido para la Etapa del Periodo de Cobertura para Catástrofes.

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

Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica y está fuera de los beneficios de nuestro plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de su bolsillo se tomen en cuenta para que usted califique para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- **Importante:** Como usted obtiene su medicamento mediante un programa de asistencia para pacientes y no gracias a los beneficios de nuestro plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de este medicamento. Sin embargo, si envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente y esto podría ayudarle a calificar más rápido para la Etapa del Periodo de Cobertura para Catástrofes.

Debido a que usted no solicita un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones de cobertura. Por lo tanto, 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	134
Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos del inglés, en Braille o impresión grande)	134
Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos	134
Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal	135
Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos.....	136
Sección 1.5 Debemos tratarlo con dignidad y respeto, y apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención.....	137
Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedir que reconsideremos nuestra decisión	139
Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que se le está tratando de manera injusta o no se están respetando sus derechos?	139
Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos	140
Sección 1.9 Información sobre evaluaciones de nueva tecnología	140
Sección 1.10 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades	140
SECCIÓN 2. Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan	140
Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?	140

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 del inglés, en Braille o impresión grande)

Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille 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, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal ante Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja ante Medicare, llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. En esta **Evidencia de Cobertura** o en esta carta se incluye la información de contacto, o bien puede comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener información adicional.

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 Servicio a los Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia, así como a los demás proveedores que se describen en la Sección 2.2 del Capítulo 3.

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

Si considera que no recibe la atención médica y los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en la Sección 10 del Capítulo 9 de este folleto, encontrará información sobre qué puede hacer al respecto. (Si le negamos cobertura de atención médica o de medicamentos y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la Sección 4 del Capítulo 9 le informa qué puede hacer).

Sección 1.3 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 entregamos un aviso por escrito, llamado “Aviso sobre Prácticas de Privacidad”, donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los modifique.
- En la mayoría de los casos, para compartir su información médica con un tercero que no le proporciona atención ni paga por ella, primero debemos pedirle permiso por escrito a usted. Usted o alguien que usted haya designado como su representante legal pueden dar este permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal. 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 por medio de Medicare, también debemos compartir su información médica con Medicare, incluida la información relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y estatutos federales.

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

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

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información con terceros para cualquier fin que no sea rutinario.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

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

Si necesita cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan, la cantidad de apelaciones que presentan los miembros y el nivel de rendimiento de nuestro plan, incluida la calificación asignada por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare. También incluye 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 de salud de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de la red, incluidas las farmacias de la red.**
 - ♦ Por ejemplo, tiene derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores de la red, y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
 - ♦ Para ver una lista de los proveedores de nuestra red, consulte el **Directorio de Proveedores**.
 - ♦ Para ver una lista de las farmacias de nuestra red, consulte el **Directorio de Farmacias**.
 - ♦ Si necesita más detalles sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **kp.org/directory**.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.**
 - ♦ En los Capítulos 3 y 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, las restricciones que se aplican a su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.
 - ♦ Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6 de este folleto y la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Estos capítulos, junto con la Lista de Medicamentos, le indican qué medicamentos están cubiertos y explican las reglas que debe seguir y las restricciones que se aplican a su cobertura para ciertos medicamentos.
 - ♦ Si tiene alguna pregunta sobre las reglas o restricciones, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - ♦ Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si se aplica algún tipo de restricción, tiene derecho a solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si obtiene el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia que no pertenece a la red.

- ♦ Si no está conforme o de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué tipos de atención médica o medicamentos de la Parte D tienen cobertura para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión. Puede pedirnos que cambiemos la decisión mediante una apelación. Para obtener más información sobre qué hacer si un servicio o artículo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener, consulte el Capítulo 9 de este folleto. Este capítulo le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).
- ♦ Para averiguar cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D, consulte el Capítulo 7 de este folleto.

Sección 1.5 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 obtiene atención médica, tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de tal manera que usted pueda comprenderlas.

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

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición médica, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura del plan. También deben explicarle sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar y usar sus medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen sobre todos los riesgos asociados a su atención. Deben notificarle por adelantado si cualquier tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento que se le recomiende. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es completamente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención médica.** Si un proveedor se niega a proporcionarle la atención que usted considera que debe recibir, tiene derecho a recibir una explicación al respecto de nuestra parte. Si desea una explicación, debe solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. En el Capítulo 9 de este folleto se explica cómo solicitar una decisión sobre la cobertura.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica

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

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

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones por adelantado se llama **“instrucciones por anticipado”**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y diferentes maneras de llamarlas. Dos ejemplos son los documentos llamados **“testamento vital”** y **“poder legal para la atención médica”**.

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

- **Obtenga el formulario.** Si desea usar unas instrucciones por anticipado, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces, puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Tal vez quiera que un abogado le ayude a elaborarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe dar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted indique en el formulario que tomará las decisiones si usted no puede hacerlo. 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.

- Cuando ingrese al hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). La ley indica que nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque usted haya firmado o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que ahí se indican, puede presentar una queja ante:

Residentes de Maryland: Maryland Insurance Administration Consumer Complaint Investigation 200 St. Paul Place, Suite 2700 Baltimore, MD 21202	Residentes de Virginia: State Corporation Commission Virginia Bureau of Insurance P.O. Box 1157 Richmond, VA 23218
--	---

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedir que reconsideremos nuestra decisión

En el Capítulo 9 de este folleto se le indica qué puede hacer si tiene un problema o una inquietud acerca de su atención o servicios cubiertos. Ese capítulo le explica en detalle la forma de tratar todo tipo de problemas y quejas.

Las medidas que debe tomar para dar seguimiento a un problema o una inquietud dependen de la situación. Es posible que necesite solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura o que tenga que presentar una queja o una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura. Independientemente de lo que haga, ya sea que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja, tenemos la obligación de tratarlo con imparcialidad.

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros presentaron ante nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 ¿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 al **1-800-537-7697**, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede llamar al State Health Insurance Assistance Program. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- También puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede llamar al State Health Insurance Assistance Program. Para obtener detalles sobre esta organización y cómo comunicarse con ella, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con Medicare:
 - ♦ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Sus Derechos y Protecciones con Medicare”. (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>).
 - ♦ También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.9 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 Puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Si tiene alguna sugerencia, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 2. Usted tiene algunas responsabilidades por ser miembro de nuestro plan

Sección 2.1 ¿Cuáles son sus responsabilidades?

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

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.**
Use este folleto de **Evidencia de Cobertura** para saber qué servicios tienen cobertura para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - ♦ En los Capítulos 3 y 4 se incluyen detalles sobre los servicios médicos, que incluyen qué tiene y qué no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y cuánto debe pagar.
 - ♦ En los Capítulos 5 y 6 se describe la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro médico o para medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
Llame a Servicio a los Miembros para notificarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - ♦ Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina “coordinación de beneficios” porque se deben coordinar los beneficios médicos y para medicamentos que le ofrecemos con los que recibe por medio de otros planes. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la “coordinación de beneficios”, consulte la Sección 10 del Capítulo 1).
- **Dígale 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 obtenga atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
 - ♦ Cuando busque atención (a menos que sea una emergencia) notifique a los proveedores que no pertenecen a la red que, aunque está inscrito en nuestro plan, el proveedor debe enviar la factura a Original Medicare. Debe presentar su tarjeta de membresía y su tarjeta de Medicare.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor; proporcióneles toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
 - ♦ Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a proporcionarle la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporcióneles toda la información que necesiten sobre usted y su salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus médicos.
 - ♦ Asegúrese de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento de común acuerdo con sus proveedores, siempre que sea posible.
 - ♦ Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - ♦ Asegúrese de resolver todas sus dudas. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que recibe, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de los otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.

- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de hacer los siguientes pagos:
 - ♦ Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte B (o la Parte A y la Parte B). Algunos miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima para Medicare Parte B para seguir siendo miembros de nuestro plan.
 - ♦ Al recibir la mayor parte de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, debe pagar el porcentaje del costo que le corresponde, es decir, un copago (cantidad fija) o un coseguro (un porcentaje del costo total). En el Capítulo 4, se le indica lo que debe pagar por sus servicios médicos. En el Capítulo 6, se le indica lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
 - ♦ Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan o de ningún otro tipo de seguro que pudiera tener, debe pagar el costo total.
 - ♦ Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Para obtener información acerca de cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9 de este folleto.
 - ♦ Si se le solicita que pague una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para conservar su cobertura de medicamentos recetados.
- **Infórmenos si se cambia de domicilio.** Es importante que nos avise de inmediato si va a cambiarse de domicilio. Llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
 - ♦ Si usted se cambia a un domicilio que está fuera de nuestra área de servicio, no puede continuar siendo miembro de nuestro plan. (El Capítulo 1 le informa sobre nuestra área de servicio). Podemos ayudarle a investigar si su nuevo domicilio se encuentra fuera de nuestra área de servicio. Si abandona nuestra área de servicio, dispondrá de un periodo de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos decirle si tenemos un plan en su nueva área.
 - ♦ Necesitamos que nos informe sobre su nuevo domicilio, aunque se encuentre dentro de nuestra área de servicio para mantener actualizado el registro de su membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
 - ♦ Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a Servicio a los Miembros.** También lo invitamos a compartir con nosotros cualquier sugerencia que pudiera tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
 - ♦ Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
 - ♦ Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros y conocer nuestra dirección postal.

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

Antecedentes

SECCIÓN 1. Introducción	146
Sección 1.1 Qué hacer en caso de tener un problema o una inquietud	146
Sección 1.2 ¿Y los términos legales?	146
SECCIÓN 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros	147
Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada	147
SECCIÓN 3. ¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?	147
Sección 3.1 ¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?	147

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4. Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura	148
Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: <i>Panorama general</i>	148
Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación	149
Sección 4.3 ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre <u>su</u> situación?	150
SECCIÓN 5. Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	151
Sección 5.1 Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte de los costos de su atención	151
Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura (cómo solicitar que autoricemos o proporcionemos la cobertura para la atención médica que desea)	152
Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión para una decisión sobre la cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)	156

Sección 5.4	Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2.....	159
Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por atención médica?	162
SECCIÓN 6.	Sus medicamentos recetados de la Parte D: ¿Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	163
Sección 6.1	En esta sección, se explica qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea un reembolso por un medicamento de la Parte D.....	163
Sección 6.2	¿Qué es una excepción?.....	165
Sección 6.3	Información importante que debe saber para solicitar excepciones.....	166
Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción	166
Sección 6.5	Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan).....	170
Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2.....	172
SECCIÓN 7.	Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto	175
Sección 7.1	Durante su estancia como paciente hospitalizado, usted recibirá una notificación escrita por parte de Medicare que le indicará sus derechos	175
Sección 7.2	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	176
Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria	179
Sección 7.4	¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?	180
SECCIÓN 8.	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto.....	183
Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo sobre tres servicios:</i> Servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en centros de enfermería especializada y servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).....	183
Sección 8.2	Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura	184

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	184
Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo	187
Sección 8.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?	188
SECCIÓN 9. Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior	190
Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Servicios Médicos	190
Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Medicamentos de la Parte D.....	192

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	193
Sección 10.1 ¿De qué tipo de problemas se encarga el proceso de quejas?.....	193
Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”	195
Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja.....	195
Sección 10.4 Usted también puede presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad	197
Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja.....	197

Antecedentes

SECCIÓN 1. Introducción

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

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

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

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el manejo 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?

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

Sección 1.2 ¿Y los términos legales?

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

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

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

SECCIÓN 2. Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén conectadas con nosotros

Sección 2.1 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar difícil iniciar y llevar adelante un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel limitado de energía. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga el conocimiento necesario para seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización independiente del gobierno

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **State Health Insurance Assistance Program (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del SHIP no tienen costo. Encontrará los números de teléfono en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto.

También puede solicitar ayuda e información a Medicare

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, puede comunicarse con Medicare. Hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4. Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura

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

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se usa para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones 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. 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 si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.

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

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y usted no está de acuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando presenta una apelación por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para analizar si se siguieron todas las normas correctamente. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable evaluarán su apelación. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión acelerada o rápida sobre la cobertura” o una apelación acelerada de una decisión sobre la cobertura.

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

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Si desea solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- **Puede llamar a Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para obtener ayuda sin costo de una organización independiente que no tiene relación con nuestro plan, comuníquese con el personal del **State Health Insurance Assistance Program de su área** (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.**
 - ♦ Para asuntos de atención médica, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 por usted. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será enviada al Nivel 2 automáticamente. Debe designar a su médico como su representante para solicitar una apelación que vaya más allá del Nivel 2.
 - ♦ Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que expida recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 o 2 por usted. Para presentar una apelación de Nivel 2 en adelante, su médico u otro profesional que recete debe ser designado como su representante.

- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su “representante” para que solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación.
 - ♦ Es posible que, de acuerdo con las leyes estatales, ya haya una persona con la autoridad legal para actuar en su nombre.
 - ♦ Si desea que un amigo, familiar, médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario “Designación de 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>). El formulario da a esa persona permiso para 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 comunicarse con su propio abogado o bien obtener el nombre de uno por medio del colegio local de abogados o de otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, contratar un abogado no es un requisito para solicitar ningún tipo de decisión sobre la cobertura ni para apelar una decisión.

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

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que se relacionan con las decisiones de cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- La **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”.
- La **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”.
- La **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto”.
- La **Sección 8** de este capítulo: “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto” (solo se aplica a los siguientes servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y atención en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF]).

Si no está seguro de cuál es la sección que debe usar, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, por ejemplo, de su State Health Insurance Assistance Program (en la Sección 3 del Capítulo 2 de este folleto se encuentran los números de teléfono de este programa).

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



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

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

En esta sección se describen sus beneficios para servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”. Para simplificar, generalmente nos referimos a “cobertura de atención médica” o “atención médica” en el resto de esta sección, en lugar de repetir “atención médica o tratamiento o servicios” cada vez. El término “atención médica” incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B y las reglas para los artículos y servicios médicos.

Si tiene una queja sobre una factura cuando recibe atención de parte de un proveedor que no pertenece a la red, el proceso de apelación descrito no le corresponde, a menos que el plan le haya indicado que se atendiera con un proveedor que no pertenece a la red o un proveedor de la red para atención cubierta por el plan (por ejemplo, una referencia autorizada).

Debe consultar la notificación del servicio (llamada “Notificación de resumen de Medicare”) que recibió de Original Medicare. La Notificación de Resumen de Medicare brinda información sobre cómo apelar una decisión que tomó Original Medicare.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

1. No recibe un tipo en particular de atención médica que desea y considera que nuestro plan lo cubre.
2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean proporcionarle y usted considera que nuestro plan la cubre.
3. Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagar por ellos.
4. Recibió y pagó servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esta atención.
5. Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y usted considera que esta reducción o cancelación puede afectar su salud.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

- La **Sección 7 del Capítulo 9:** “Cómo solicitarnos una cobertura para una extensión de la hospitalización si considera que su médico le da de alta muy pronto”.
- La **Sección 8 del Capítulo 9:** “Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto”. Esta sección trata solo sobre tres servicios: servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en centros de enfermería especializada y servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).

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

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea saber si cubriremos los servicios o la atención médica que desea?	Puede pedirnos que tomemos una decisión sobre la cobertura para usted. Vaya a la siguiente sección de este capítulo, la Sección 5.2 .
¿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 solicita que reconsideremos la decisión). Pase a la Sección 5.3 de este capítulo.
¿Desea solicitarnos un reembolso por servicios o atención médica que ya recibió y pagó?	Puede enviarnos la factura. Consulte la Sección 5.5 de este capítulo.

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

Términos Legales

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

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

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

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- El primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo.
- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o un reclamo respecto a su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D”.

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

Usaremos un plazo “normal” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión sobre la cobertura normal significa que le responderemos **a más tardar en 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- Sin embargo, en el caso de 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 tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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 diferente del que se usa para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

- Una decisión acelerada de cobertura significa que responderemos **en un plazo de 72 horas** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - ♦ Sin embargo, en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si notamos que falta información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores que no pertenecen la red) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Nos comunicaremos con usted una vez que hayamos tomado la decisión.
- **Para obtener una decisión acelerada de cobertura, debe cumplir con dos requisitos:**
 - ♦ Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si solicita cobertura para 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 obtener una decisión acelerada de cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- **Si su médico nos informa que su salud requiere una “decisión acelerada de cobertura”, aceptaremos automáticamente proporcionársela.**
- **Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión acelerada sobre la 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 cambio el plazo normal).
 - ♦ 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. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

*Plazos para una “decisión **acelerada** de cobertura”*

- Por lo general, una decisión acelerada de cobertura en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, significa que le responderemos **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
 - ♦ Como se explicó antes, en ciertas circunstancias podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si determinamos que necesitamos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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**. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
 - ♦ Si no le respondemos **en un plazo de 72 horas** (o si se extiende el plazo, al finalizar ese periodo), o **en un plazo de 24 horas** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3, que se encuentra a continuación, le indica cómo presentar una apelación.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura de la atención médica aprobada **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en el que recibimos la solicitud. Si usamos un periodo ampliado para tomar la decisión sobre la cobertura de su solicitud de un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese periodo ampliado.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una explicación detallada por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

*Plazos para una “decisión **normal** sobre la cobertura”*

- Por lo general, una decisión normal sobre la cobertura respecto a una solicitud de un artículo o servicio médico, implica que le responderemos **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en el que recibamos la solicitud. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - ♦ En el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, en ciertas circunstancias, podremos tomar hasta otros 14 días calendario (“periodo ampliado”). Si determinamos que necesitamos más días para tomar la decisión sobre la cobertura, se lo informaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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**. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- ♦ Si no le respondemos **en un plazo de 14 días calendario** (o si se extiende el plazo, al finalizar ese periodo), o **en un plazo de 72 horas** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3, que se encuentra a continuación, le indica cómo presentar una apelación.
- Si respondemos que **sí** en todo o en parte a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar **a más tardar en 14 días calendario, o en un plazo de 72 horas** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B, después del momento en que recibimos su solicitud. Si usamos un periodo ampliado para tomar la decisión sobre la cobertura de su solicitud de un artículo o servicio médico, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de ese periodo ampliado.
- Si respondemos **no** a toda o a parte de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle las razones de nuestra respuesta negativa

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

- Si respondemos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos y tal vez cambiemos nuestra decisión. 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 5.3 a continuación).

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

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

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación acelerada”.

Qué debe hacer:

- **Para iniciar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros.** Para obtener detalles acerca de cómo contactarnos respecto a cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada

“Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.

- **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 obtener el formulario, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de “Designación de Representante”. También puede descargarlo del sitio web de Medicare en

<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación se desestimarán. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de denegar su solicitud.

- **Si solicita una apelación rápida, debe presentar su apelación por escrito o puede llamarnos** al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha que aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
 - ♦ Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados para cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
 - ♦ Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

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

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

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

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

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

Plazos para una “apelación acelerada”

- Cuando usemos los plazos acelerados, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** a partir del momento en que recibamos su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
 - ♦ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si debemos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **debemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - ♦ Si no le damos una respuesta **en 72 horas** (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si *aprobamos* parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una “apelación normal”

- Si presenta una apelación normal, en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación, si esta es sobre la cobertura de un servicio que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si su apelación es sobre la cobertura de un medicamento recetado de la Parte B que aún no ha recibido. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.

- ♦ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si debemos recopilar más información que lo pueda beneficiar, **debemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un artículo o servicio médico. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado 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**. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
- ♦ Si no le respondemos en el plazo aplicable indicado arriba (o al final del periodo ampliado si nos tomamos más días en su solicitud de un artículo o servicio médico), debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** en todo o en parte a su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar a más tardar **en 30 días calendario**, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, después del momento en que recibimos su apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

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

- Para asegurarnos de haber cumplido con todas las normas cuando **rechazamos** su apelación, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso, es decir al Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión que tomamos de rechazar la primera apelación. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos Legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces también se le llama “ IRE ”.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa su apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

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

- Si presentó una apelación acelerada de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación acelerada de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que reciba su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

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

- Si presentó una apelación normal de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación normal de Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **a más tardar 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le da una respuesta.

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

- Si la organización de revisión responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud para un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes normales, o **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.
- Si la organización de revisión responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento recetado de la Parte B en disputa **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión en el caso de solicitudes normales, o **en un plazo de 24 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.
- Si esta organización dice que **no** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “respaldar la decisión”. También se llama “denegar la apelación”).
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente “respalda la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica solicitada debe ser equivalente a cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 será definitiva. La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará sobre cómo averiguar el valor en dólares necesario para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si usted nos solicita que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por atención médica?

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

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Al enviarnos la documentación para solicitarnos un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión sobre la cobertura (para obtener más información sobre estas decisiones, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar la decisión sobre la cobertura, primero determinaremos si la atención médica por la que usted pagó era un servicio cubierto; consulte el Capítulo 4: “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”. También verificaremos si usted siguió todas las reglas para usar su cobertura de atención médica (estas reglas se proporcionan en el Capítulo 3 de este folleto: “Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener sus servicios médicos”).

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

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestro porcentaje del costo de su atención médica **en un plazo de 60 días calendario** desde el momento en que recibamos su solicitud. Por otro lado, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Enviar el pago es lo mismo que responder **sí** a su solicitud de una decisión sobre la cobertura).
- Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle detalladamente que no pagaremos los servicios y los motivos. (Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder **“no”** a su solicitud de una decisión de cobertura)

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

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

Para presentar esta apelación, siga los pasos del proceso de apelaciones que se describen en la Sección 5.3. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle **en un plazo de 60 días calendario** a partir del momento en que recibamos la apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada).

- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de denegar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado **en un plazo de 30 días calendario**. Si la respuesta a su apelación es **sí** en cualquiera de los niveles posteriores al Nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado **en un plazo de 60 días calendario**.

SECCIÓN 6. Sus medicamentos recetados de la Parte D: ¿Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación



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

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

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

- **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** Para evitar confusiones, generalmente decimos “medicamento” en el resto de esta sección, en vez de repetir cada vez “medicamento recetado cubierto para pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D”.
- Para obtener 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 de cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (“Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener sus medicamentos recetados de la Parte D”) y el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

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

Términos Legales

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

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

- Solicitarnos que hagamos una excepción, lo cual 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.
 - ♦ **Nota:** Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, recibirá una notificación por escrito en la que le explicaremos cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión sobre la cobertura.
- Solicitarnos que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es una decisión sobre la cobertura para un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión del plan sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use la siguiente tabla como ayuda para determinar en qué parte se incluye la información que necesita:

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos?	Puede solicitarnos que hagamos una excepción (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.
¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple alguna regla o restricción del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita?	Puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura. Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó?	Puede solicitarnos un reembolso (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.
¿Ya le informamos 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). Consulte la Sección 6.5 de este capítulo.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea, puede solicitarnos que hagamos una “**excepción**”. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura y, como sucede con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una apelación.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. Evaluaremos su solicitud. Consulte a continuación dos ejemplos de excepciones que pueden solicitar usted, su médico u otro profesional que le expida recetas:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020.** (La llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar).

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

- Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, usted deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a todos nuestros medicamentos. Usted no puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.
- 2. Retirar una restricción de cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020** (para obtener más información, vaya al Capítulo 5 y consulte la Sección 4).

Términos Legales

Solicitar la eliminación de una restricción sobre la cobertura para un medicamento algunas veces se llama solicitar una “**excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles**”.

- Entre las reglas y restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos, se incluyen:
 - ♦ Requerir que se use la versión genérica de un medicamento de marca.
 - ♦ Obtener **la aprobación del plan por adelantado** antes de que aceptemos cubrir el medicamento para usted. (Algunas veces, esto se llama “autorización previa”).

Sección 6.3 Información importante que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

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

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

Podemos responder que **sí** o que **no** a su solicitud

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

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

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

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

Qué debe hacer:

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax al plan para hacer su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que le expida recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura por medio de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”. Si nos va a pedir que le reembolsemos el pago de un medicamento, vaya a la sección “Dónde enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o el medicamento que recibió”.
- **Usted, su médico o su representante** pueden solicitar una decisión sobre la cobertura. En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede designar a una persona como su representante mediante un permiso por escrito. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre.
- **Si usted desea solicitarnos el reembolso de un medicamento,** lea el Capítulo 7 de este folleto: “Solicitud para que paguemos nuestra parte de los costos de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos”. En el Capítulo 7, se describen situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso. También se explica cómo debe enviarnos la documentación para solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ya pagó.
- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la “declaración de respaldo”.** Su médico u otro profesional que expida recetas deben indicarnos los motivos médicos para solicitar la excepción. (A esto lo llamamos la “declaración de apoyo”). Su médico u otro profesional que expida recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O el médico u otro profesional que expida recetas también pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo. Consulte las Secciones 6.2 y 6.3 para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de 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 sobre la cobertura” se denomina “ determinación acelerada de cobertura ”.

- Usaremos un plazo “normal” para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo “acelerado”. Una decisión normal de cobertura significa que le responderemos **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibamos la declaración de su médico. Una decisión acelerada de cobertura significa que le responderemos **en un plazo de 24 horas** a partir del momento en que recibamos la declaración de su médico.

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

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

*Plazos para una “decisión **acelerada** de cobertura”*

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

- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

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

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

*Plazos para una “decisión **normal** de cobertura” del pago de un medicamento que ya compró*

- Debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ♦ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también debemos pagarle a usted **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

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

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

Sección 6.5 Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1
(cómo solicitar la revisión de una decisión sobre la cobertura tomada por nuestro plan)

Términos Legales

Una apelación ante nuestro plan acerca de una decisión sobre la cobertura para un medicamento de la Parte D se denomina una “**reconsideración**” del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación acelerada”.

Qué debe hacer:

- **Para comenzar una apelación, usted (su representante, su médico u otro profesional que expida recetas) debe comunicarse con nosotros.**
 - ♦ Para obtener detalles acerca de cómo contactarnos por teléfono, fax o correo respecto a cualquier asunto relacionado con su apelación, vaya a la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección llamada “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Presente una solicitud firmada por escrito si solicita una apelación normal.**
- **Si solicita una apelación rápida, debe presentar su apelación por escrito o puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la Sección 1 del Capítulo 2, “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura, realizar una apelación o presentar una queja sobre su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D”.**
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud presentada en el Formulario de Solicitud de Determinación de Cobertura Modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario contados a partir de la fecha que aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más datos.**

- ♦ Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados para cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- ♦ Si lo desea, usted y su médico u otro profesional que expida recetas pueden proporcionarnos información adicional para apoyar su apelación.

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

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

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

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

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **no** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que expida recetas para obtener más información.

*Plazos para una “apelación **acelerada**”*

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

*Plazos para una “apelación **normal**”*

- Si presenta una apelación normal, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación por un medicamento que no

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una “apelación acelerada”.

- Si no le damos una respuesta **en 7 días calendario**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - ♦ Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su estado de salud, pero antes de que transcurran **7 días calendario** a partir del momento en que recibamos la apelación.
 - ♦ Si aprobamos su solicitud de reembolso de un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos la solicitud de apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que **no** y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ♦ Si no le damos una respuesta **en 14 días calendario**, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle **en el plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que no a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si respondemos que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación.

Si decide presentar otra apelación significa que pasará al Nivel 2 del proceso de apelaciones (consulte más adelante).

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

Si respondemos que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión**

Independiente revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su primera apelación. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos Legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se le conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (su representante, su médico u otro profesional que expida recetas) debe comunicarse con la Organización de Revisión Independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. Ahí se explicará quiénes pueden presentar esta Apelación de Nivel 2, qué plazos deben cumplir y cómo pueden comunicarse con la organización de revisión.
- Si presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina “expediente del caso”. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la Organización de Revisión Independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

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

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Se trata de una compañía que Medicare escoge para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de esta.

*Plazo para una “apelación **acelerada**” de Nivel 2*

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una “apelación acelerada”.
- Si acepta concederle una apelación acelerada, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que reciba su solicitud de apelación.
- **Si la Organización de Revisión Independiente responde que sí a parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos proporcionar la cobertura para el medicamento aprobado por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

*Plazo para una “apelación **normal**” de Nivel 2*

- Si usted presenta una apelación normal de Nivel 2, la organización de revisión debe responderle **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido la apelación, si es por un medicamento que no ha recibido aún. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización.
 - ♦ Si la Organización de Revisión Independiente aprueba una solicitud de reembolso de un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

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

Si la organización responde que **no** a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama “respaldar la decisión”. También se llama “denegar la apelación”).

Si la Organización de Revisión Independiente “respalda la decisión”, usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para seguir con el proceso y presentar una apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que solicita debe ser equivalente a una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será definitiva. En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente, se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de apelación.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación al siguiente nivel.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si lo hace, las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Si usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios, incluido cualquier límite de esta cobertura, consulte el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

Durante su hospitalización cubierta, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos también se encargarán de coordinar la atención que pudiera necesitar después de ser dado de alta.

- El día que usted sale del hospital se conoce como “**fecha del alta hospitalaria**”.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud. En esta sección, se explica cómo presentar esta solicitud.

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

Durante su hospitalización cubierta, recibirá una notificación por escrito llamada **Un Mensaje Importante de Medicare sobre sus Derechos**. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son hospitalizadas. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero) debe entregársela dentro de los dos primeros días a partir de su hospitalización. Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

- Lea cuidadosamente esta notificación y pregunte si no entiende algo. En ella se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
 - ♦ Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de la hospitalización, según las indicaciones del médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará 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.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

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

Términos Legales
La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede “ solicitar una revisión inmediata ”. La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. (A continuación, en la Sección 7.2, se explica cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- **Debe firmar la notificación por escrito** para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.
 - ♦ Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación. (La Sección 4 de este capítulo le dice cómo otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante).
 - ♦ Firmar la notificación demuestra **únicamente** que ha recibido la información sobre sus derechos. En la notificación no se proporciona su fecha de alta hospitalaria (su médico o el personal del hospital le comunicarán cuál es). Firmar la notificación **no** significa que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia** de la notificación firmada para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
 - ♦ Si firma la notificación más de dos días antes de retirarse del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.
 - ♦ Para consultar una copia de esta notificación por anticipado, puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede verla en línea en **<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>**

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

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

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono 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 (consulte la Sección 2 de este capítulo).

En una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta organización revisa si su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

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

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

- Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

Actúe con rapidez:

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

Solicite una “revisión rápida”:

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una “revisión rápida” de su fecha de alta hospitalaria. Solicitar una “revisión rápida” significa que usted ha pedido a la organización que use los plazos “acelerados” de apelación en vez de usar los plazos normales.

Términos Legales
A una “revisión rápida” también se le conoce como “ revisión inmediata ” o “ revisión acelerada ”.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “los revisores”, para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Antes de mediodía del día posterior a que los revisores hayan informado a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito con su fecha programada para el alta hospitalaria y una explicación de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

Términos Legales

Esta explicación escrita se llama “**Notificación Detallada del Alta Hospitalaria**”. Para recibir una copia de esta notificación, puede llamar a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). O puede consultar un ejemplo de la notificación en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: Al día siguiente de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá su apelación.

¿Qué ocurre si la respuesta es **sí**?

- Si la organización de revisión responde que **sí** a su apelación, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios con cobertura durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si la respuesta es **no**?

- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, la cobertura **de sus servicios para pacientes hospitalizados** terminará al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la respuesta a su apelación.

- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria** que reciba a partir del mediodía del día posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

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

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

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

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Los siguientes son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- **Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya respondido que **no** a su Apelación de Nivel 1. Únicamente puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión responde que sí:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.

- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

*Si la organización de revisión responde que **no**:*

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es *no*, deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al Nivel 3.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?
--

Puede presentar una apelación con nosotros.

Como se explicó antes en la Sección 7.2, debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a fin de empezar la primera apelación de su alta hospitalaria (“Rápido” significa antes de salir del hospital y antes de su fecha programada para el alta hospitalaria). Si no alcanzó el plazo para comunicarse con la organización, existe otra forma para que usted presente su apelación.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo normal.

Términos Legales

Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Llámenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, **consulte la Sección 1 del Capítulo 2** y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o un reclamo respecto a su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “acelerado” en lugar del plazo “normal”.

Paso 2: Llevamos a cabo una “revisión rápida” de su fecha programada para el alta hospitalaria y revisamos si fue apropiada desde el punto de vista médico.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos un plazo “rápido” en lugar de uno normal para darle una respuesta.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una “revisión rápida” (“apelación acelerada”).

- **Si respondemos que sí a su apelación acelerada,** significa que estamos de acuerdo con usted en que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria, y seguiremos proporcionándole los servicios para pacientes hospitalizados cubiertos durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación acelerada,** significa que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de los servicios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría.
- **Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para su alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esa fecha.**

*Paso 4: Si respondemos que **no** a su apelación acelerada, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.*

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando respondimos que **no** a su apelación acelerada, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Eso significa que usted pasa **automáticamente** al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso Alternativo de Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, una **Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su “apelación acelerada”. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos Legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se le conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Reenviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente automáticamente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- Si esta **organización responde que sí** a su apelación, 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 durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.
- Si esta **organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
 - ♦ En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para pasar al Nivel 3 de Apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8. Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos si considera que su cobertura termina demasiado pronto

Sección 8.1 *Esta sección trata solo sobre tres servicios: Servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención en centros de enfermería especializada y servicios recibidos en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)*

Esta sección, se refiere **solamente** a los siguientes tipos de atención:

- Los **servicios de atención médica a domicilio** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que reciba como paciente en un centro de enfermería especializada (Para obtener más información sobre los requisitos que debe cumplir un centro para que se considere un “centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12, “Definición de términos importantes”).
- La **atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una operación importante. (Para obtener más información sobre este tipo de centro de atención, consulte el Capítulo 12, “Definiciones de palabras importantes”).

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar obteniendo cobertura para los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, incluida su parte del costo y cualquier límite en la cobertura que pudiera aplicarse, consulte el Capítulo 4 de este folleto: “Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que usted paga)”.

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es hora de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura

- **Recibirá una notificación por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención, usted recibirá una notificación.
 - ♦ La notificación por escrito le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - ♦ También le informa qué puede hacer si desea pedirnos que cambiemos esta decisión sobre la fecha de finalización de la atención médica y que sigamos ofreciéndole cobertura durante más tiempo.

Términos Legales

La explicación sobre qué puede hacer que se incluye en la notificación por escrito se refiere a cómo solicitar una “**apelación por la vía rápida**”. Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención. (La Sección 8.3 a continuación le indica cómo solicitar una apelación por la vía rápida).

La notificación por escrito recibe el nombre de “**Notificación de No Cobertura de Medicare**”. Para recibir una copia de muestra, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios 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 la notificación por escrito para comprobar que la recibió.
 - ♦ Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación. (En la Sección 4 se explica cómo puede designar a una persona como su representante mediante un permiso por escrito).
 - ♦ Al firmar la notificación, usted **solamente** demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con nosotros en que es hora de dejar de proporcionarle atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.

- **Cumpla los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar a su State Health Insurance Assistance Program, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación y determina si nuestro plan debe cambiar la decisión que tomó.

Paso 1: Presente una Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

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

- Es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Se encargan de comprobar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y de evaluar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

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

¿Qué debe solicitar?

- Pida a esta organización una “apelación por la vía rápida” (para llevar a cabo una revisión independiente) para determinar si es adecuado, desde el punto de vista médico, que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su 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 posterior al que reciba la notificación por escrito para informarle que se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarla directamente ante nosotros. Si desea obtener más detalles acerca de esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos “los revisores”, para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que reciba de nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros una notificación por escrito para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Términos Legales
Esta notificación por escrito se llama “ Explicación detallada de no cobertura ”.

Paso 3: En un plazo de un día a partir del momento en que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión.

¿Qué ocurre si los revisores responden que **sí** a su apelación?

- Si los revisores responden que **sí** a su apelación, **debemos continuar cubriendo sus servicios durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponde (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué ocurre si los revisores responden que **no** a su apelación?

- Si los revisores responden que **no** a su apelación, entonces **su cobertura finalizará** en la fecha que le indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, **deberá pagar el costo total de la atención.**

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

- Esta primera apelación es el “Nivel 1” del proceso de apelaciones. Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al “Nivel 2” del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted elige seguir recibiendo atención después de la fecha en que finaliza su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada o de sus servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Los siguientes son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- **Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que **no** a su Apelación de Nivel 1. Únicamente puede solicitar esta revisión si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

*¿Qué sucede si la organización de revisión responde que **sí** a su apelación?*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura. **Debemos seguir cubriendo** la atención durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

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

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión que tomamos sobre su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es *no*, deberá decidir si quiere continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar una apelación con nosotros.

Tal como se describió anteriormente, en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una “revisión rápida”. Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo normal.

Los siguientes son los pasos a seguir para una Apelación Alternativa de Nivel 1:

Términos Legales
Una “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se llama “ apelación acelerada ”.

Paso 1: Llámenos y solicite una “revisión rápida”.

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Sección 1 del Capítulo 2 y busque la sección que se llama “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o un reclamo respecto a su atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D”.
- **Asegúrese de solicitar una “revisión rápida”.** Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo “acelerado” en lugar del plazo “normal”.

Paso 2: Hacemos una “revisión rápida” de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las normas para establecer la fecha de cancelación de la cobertura que nuestro plan proporciona de los servicios.
- Utilizaremos un plazo “rápido” en lugar del plazo normal para darle una respuesta sobre esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una “revisión rápida” (“apelación acelerada”).

- **Si respondemos que sí a su apelación acelerada**, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sea necesario desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que haya limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación acelerada**, su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención médica**.

*Paso 4: Si respondemos que **no** a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.*

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando respondimos que **no** a su apelación acelerada, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente**. Eso significa que usted pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso Alternativo de Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su “apelación acelerada”. Esta organización determina si el plan debe cambiar su decisión.

Términos Legales
El nombre formal de la “Organización de Revisión Independiente” es “ Entidad de Revisión Independiente ”. A veces se le conoce como “ IRE ”.

Paso 1: Reenviaremos su caso a la Organización de Revisión Independiente automáticamente.

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente lleva a cabo una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- La **Organización de Revisión Independiente** es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí** a su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha en que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico. Usted debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.
- **Si esta organización responde que no a su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
 - ♦ En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluye información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9. Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe comunicarse y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que *sí* a su apelación, el proceso de apelación podría o *no* finalizar.** Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
 - ♦ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio **en un plazo de 60 días calendario** a partir del momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ♦ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que *no* a su apelación, el proceso de apelación podría o *no* finalizar.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que **no** a su apelación, usted recibirá una notificación donde se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (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 la decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.** Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
 - ♦ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio **en un plazo de 60 días calendario** a partir del momento en que recibamos la decisión del Consejo.
 - ♦ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.

- **Si la respuesta es *no* o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría finalizar o *no*.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ Si no desea aceptarla, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que **no** a su apelación, en el aviso se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que usted apeló alcanza cierto monto mínimo en dólares, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe comunicarse y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado **juez de derecho administrativo**) o un **abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es *sí*, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es *no*, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que **no** a su apelación, usted recibirá una notificación donde se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El **Consejo de Apelaciones** de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

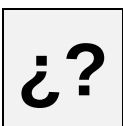
- **Si la respuesta es *sí*, el proceso de apelaciones finaliza.** Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado en **un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas)** o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión.
- **Si la respuesta es *no*, el proceso de apelaciones puede finalizar o *no*.**
 - ♦ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ♦ Si no desea aceptarla, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que ***no*** a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Cómo presentar quejas

SECCIÓN 10. Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes



Si tiene un problema con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección no es para usted. En su lugar, debe seguir el proceso para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 ¿De qué tipo de problemas se encarga el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas. El proceso de quejas se utiliza **solamente** para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe.

Si tiene una queja relacionada con un servicio brindado por un hospital o un centro de enfermería especializada que no sea parte de nuestra red, siga el proceso establecido por Original Medicare. Sin embargo, si tiene una queja que involucre a un hospital o a un centro de enfermería especializada de la red (o nuestro plan o uno de los proveedores de la red le indicó que fuera a un hospital o centro de enfermería especializada que no pertenece a la red), debe seguir las siguientes instrucciones que aparecen en esta sección. Esto es cierto, incluso si recibió una Notificación de resumen de Medicare que indique que se procesó una queja pero que no la cubre Original Medicare. Asimismo, si tiene una queja relacionada con un servicio que necesitó de emergencia o de urgencia, o con el costo compartido para los servicios de hospital o de un centro de enfermería especializada, debe seguir las instrucciones que aparecen en esta sección.

A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas.

Si tiene alguno de los siguientes problemas, puede “presentar una queja”:

- **Calidad de la atención médica**
 - ♦ ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto de su privacidad**
 - ♦ ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
 - ♦ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?
 - ♦ ¿No está conforme con el trato que recibió de Servicio a los Miembros?
 - ♦ ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
- **Tiempos de espera**
 - ♦ ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?
 - ♦ ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O a Servicio a los Miembros u otro representante de nuestro plan?
 - ♦ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
 - ♦ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
 - ♦ ¿Cree que no le avisamos sobre algo que debíamos informarle?
 - ♦ ¿Considera que la información escrita que le hemos proporcionado es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)

El proceso para solicitar una decisión sobre la cobertura y presentar apelaciones se explica en las Secciones 4 a 9 de este capítulo. Si usted pide que se tome una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya solicitó una decisión sobre la cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. A continuación, se incluyen algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una “decisión acelerada de cobertura” o “una apelación acelerada”, y le respondimos que no, puede presentar una queja.
- Si cree que nuestro plan no cumple los plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o darle la respuesta sobre una apelación suya, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión sobre la cobertura que tomamos y se le indica a nuestro plan que debe cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican determinados plazos. Si cree que no hemos cumplido estos plazos, puede presentar una queja.
- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo estipulado, puede presentar una queja.

Sección 10.2 El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”

Términos Legales
• A lo que en esta sección se le llama “queja” también se le llama “queja formal”. • Otro término para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”. • Otra forma para decir “uso del proceso de quejas” es “uso del proceso para interponer una queja formal”.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros.** Ellos le informarán si es necesario que haga algo más. Llame a nuestra línea sin costo al **1-888-777-5536 (TTY 711)**, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner por escrito su queja y enviarnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja está relacionada con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un proceso formal para revisar sus quejas. Su queja formal debe explicar el problema; debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte el Capítulo 2 para saber con quién debe comunicarse en caso de tener una queja.
 - ♦ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja. Es posible que ampliemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
 - ♦ Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión sobre la cobertura o una apelación, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión sobre la cobertura o una apelación. Debemos responder a su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas**.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse con Servicio a los Miembros de inmediato.** Debe presentar la queja **en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una “decisión acelerada de cobertura” o una “apelación acelerada”,** automáticamente trataremos su solicitud como una “queja acelerada”. Si presenta una “queja acelerada”, le responderemos **dentro de 24 horas**.

Términos Legales
A lo que en esta sección se le llama “ queja acelerada ” también se le llama “ queja formal acelerada ”.

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja, es posible que podamos darle una respuesta durante la misma llamada. Si debido a su estado de salud, necesita una respuesta rápida, se la daremos.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** En caso de que necesitemos más información y el retraso sea en favor de sus intereses, o si usted pide más tiempo, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.

- **Le informaremos si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja, o si no asumimos responsabilidad por el problema sobre el que se está quejando. Nuestra contestación incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder si estamos de acuerdo con su queja o no.

Sección 10.4 Usted también puede presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede 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 presentarla ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante esta organización (sin presentar la queja con nosotros).
 - ♦ La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas en cuidado de la salud que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.
 - ♦ Para conocer el nombre, la dirección y el número telefónico de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, consulte la Sección 4 del Capítulo 2 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene cualquier otro comentario o inquietud, o si siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al **1-877-486-2048**.

CAPÍTULO 10. Finalización de su membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1. Introducción	199
Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan	199
SECCIÓN 2. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan	199
Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento	199
Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?	200
SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	200
Sección 3.1 Para cancelar su membresía, debe pedirlo por escrito.....	200
SECCIÓN 4. Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos por medio de nuestro plan	202
Sección 4.1 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan	202
SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	202
Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?	202
Sección 5.2 <u>No podemos</u> pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.....	203
Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan	203

SECCIÓN 1. Introducción

Sección 1.1 Este capítulo se enfoca en la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en nuestro plan puede ser de forma **voluntaria** (por elección suya) o **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- **Puede dejar nuestro plan si así lo ha decidido.**
 - ♦ Puede cancelar su inscripción en nuestro plan en cualquier momento. En la Sección 2 se indica cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.
 - ♦ El proceso de cancelación voluntaria de su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que usted elija. En la Sección 3, se explica cómo puede cancelar su membresía en cada situación.
- También hay algunas situaciones en las que usted no elige abandonar el plan, sino que nosotros debemos cancelar su membresía. En la Sección 5, se informa en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debe seguir recibiendo atención médica y medicamentos recetados por medio de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2. Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía en cualquier momento

Puede cancelar su inscripción en este plan en cualquier momento. Puede cambiarse a Original Medicare o, si tiene un periodo de inscripción especial, puede inscribirse en Medicare Advantage o en otro plan de medicamentos recetados de Medicare. Si tiene cobertura de medicamentos recetados de Medicare por medio de nuestro plan, su cobertura de medicamentos recetados de Medicare también terminará. Por lo general, su membresía finaliza el último día del mes en el que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Nota: Si cancela su membresía en un plan de cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (La cobertura “acreditada” es una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte la Sección 5 del Capítulo 1 para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

Nota: Si usted es parte de un programa de administración de medicamentos, no podrá cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Sección 2.2 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio a los Miembros** (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted** 2020.
 - ♦ Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del folleto **Medicare y Usted** cada otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben un mes después de inscribirse.
 - ♦ También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov>). O bien, puede pedir una copia impresa llamando a Medicare al siguiente número.
- Puede llamar a **Medicare** al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

SECCIÓN 3. ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 Para cancelar su membresía, debe pedirlo por escrito

Puede cancelar su membresía en nuestro plan en cualquier momento del año y cambiarse a Original Medicare. Para cancelar su membresía, debe hacernos la solicitud por escrito. Su membresía finaliza el último día del mes en el que recibamos su solicitud. Comuníquese con nosotros si necesita más información sobre cómo hacerlo. Si tiene cobertura de medicamentos por medio de nuestro plan y lo deja a lo largo del año, tendrá la oportunidad de unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando lo deje. La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
• Otro plan de salud de Medicare.	• Inscribise al plan de salud de Medicare entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. • Su membresía en nuestro plan se cancelará automáticamente cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
• Original Medicare con un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
	de este folleto). Después, comuníquese con el plan de medicamentos recetados de Medicare al que quiere inscribirse y pida que lo inscriban. • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su membresía en nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare. Si se une a un plan de medicamentos recetados de Medicare, la cobertura también debe empezar al mismo tiempo.
• Original Medicare sin un plan individual de medicamentos recetados de Medicare. Nota: Si usted cancela su afiliación a una cobertura de Medicare para medicamentos recetados y se queda sin cobertura acreditada para medicamentos recetados, es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía si en el futuro se inscribe en un plan de Medicare para medicamentos. Para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• Envíenos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y pedir que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su membresía en nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4. Hasta el momento en que finalice su membresía, usted debe seguir obteniendo sus servicios médicos y medicamentos por medio de nuestro plan

Sección 4.1 Hasta el momento en que finalice su membresía, usted seguirá siendo miembro de nuestro plan

Si usted abandona nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y la entrada en vigencia de la nueva cobertura de Medicare tarden un tiempo (Consulte la Sección 2 para obtener información sobre cuándo comienza su cobertura nueva). Durante este tiempo, debe continuar obteniendo sus servicios de atención médica y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de nuestra red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, solo cubrimos sus medicamentos recetados si usa una farmacia de la red, incluido el servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan, en general, cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).
- Si asiste con proveedores que no pertenecen a la red para recibir servicios médicos, los servicios están cubiertos mediante Original Medicare. Usted será responsable de pagar el costo compartido de Original Medicare por dichos servicios, a excepción de los servicios que necesite por una emergencia o una urgencia. Si recibe medicamentos recetados de parte de un proveedor que no pertenece a la red, usted será responsable del costo del medicamento.

SECCIÓN 5. En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1. ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte B. Los miembros deben estar inscritos de manera constante en Medicare Parte B.
- Si se muda fuera del área de servicio o si está fuera del área de servicio por más de 90 días.
 - ♦ Si se muda o hace un viaje largo, debe llamar a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- Si no es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.

- Si lo encarcelan (va a prisión), cancelaremos su inscripción a nuestros beneficios suplementarios opcionales de la Parte D y perderá la cobertura de medicamentos recetados.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que ofrezca cobertura de medicamentos recetados, podemos cancelar su inscripción de nuestros beneficios suplementarios opcionales de la Parte D y perderá la cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
 - ♦ Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestros beneficios suplementarios opcionales de la Parte D y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hicimos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de cancelar la membresía. En la Sección 10 del Capítulo 9, puede obtener más información sobre cómo presentar una queja.

1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

CAPÍTULO 11. Avisos legales

SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente	205
SECCIÓN 2. Notificación sobre la no discriminación	205
SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare.....	205
SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura.....	206
SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones	206
SECCIÓN 6. Asignación.....	206
SECCIÓN 7. Honorarios y gastos de abogados y defensores	206
SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios	206
SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador	207
SECCIÓN 10. Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros	207
SECCIÓN 11. Responsabilidad de agencias gubernamentales	207
SECCIÓN 12. Exención de responsabilidad de los miembros	207
SECCIÓN 13. Sin Exención	207
SECCIÓN 14. Notificaciones	207
SECCIÓN 15. Recuperación de pagos en exceso	208
SECCIÓN 16. Responsabilidad Civil de Terceros	208
SECCIÓN 17. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.	209
SECCIÓN 18. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o la compensación del trabajador	209
SECCIÓN 19. Información importante sobre la Commonwealth of Virginia relacionada con su seguro.....	209

SECCIÓN 1. Aviso sobre la legislación vigente

Diversas leyes regulan esta **Evidencia de Cobertura** y pueden aplicarse cláusulas adicionales según lo exija la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento. La principal ley que regula este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid, o CMS, en virtud de la Ley del Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

SECCIÓN 2. Notificación sobre la no discriminación

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 salud de Medicare, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley sobre Americanos con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que regulan a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra legislación y norma vigentes que se apliquen por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (TTY **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3. Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente Medicare Plus, como patrocinador del Plan Medicare Cost, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de los CMS de las subsecciones B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4. Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 5. Solicitudes y declaraciones

Usted deberá llenar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 6. Asignación

No puede ceder esta **Evidencia de Cobertura** ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

SECCIÓN 7. Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un Miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

SECCIÓN 8. Coordinación de beneficios

Tal como se describe en la Sección 10 del Capítulo 1, “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, debe usarlo en combinación con su cobertura como miembro de Medicare Plus para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores del plan como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de obligación de terceros, consulte la Sección 16 y, para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la Sección 18.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional.

SECCIÓN 9. Responsabilidad del empleador

En el caso de servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos al empleador por tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al empleador.

SECCIÓN 10. Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros

Al escoger la cobertura o aceptar los beneficios de acuerdo con esta **Evidencia de Cobertura**, todos los miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los miembros que no tengan dicha capacidad aceptan todas las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**.

SECCIÓN 11. Responsabilidad de agencias gubernamentales

En el caso de los servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia por estos servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

SECCIÓN 12. Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, usted es responsable del costo de los servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o de los que no pertenecen a la red.

SECCIÓN 13. Sin Exención

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, esto no constituirá una renuncia a dicha disposición ni a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones.

SECCIÓN 14. Notificaciones

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. En caso de que se mude, llame a Servicio a los Miembros (los números están impresos en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) tan pronto como sea posible para informar sobre su cambio de domicilio.

SECCIÓN 15. Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que realicemos por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

SECCIÓN 16. Responsabilidad Civil de Terceros

Tal como se establece en la Sección 10 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro médico) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos primarios. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial en nombre o por parte de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad por la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios. **Nota:** La Sección 16 no afecta su obligación de pagar los costos compartidos de estos servicios.

Según lo permita o exija la ley, debemos subrogar todos los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en el que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesiones personales, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Este dinero se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de que la cantidad total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar los costos u honorarios de ningún abogado que usted haya contratado para procesar su reclamo por daños y perjuicios.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o demanda contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o demanda a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attention: Patient Financial Services Department
2101 East Jefferson Street, Rockville, Maryland 20852

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, liberación, autorización, cesión y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención para dar instrucciones a su abogado, y al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted no puede aceptar renunciar a, ceder o reducir los derechos que nos otorga esta disposición sin nuestro previo consentimiento por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Podemos ceder nuestros derechos para ejercer nuestros derechos de retención y de otros tipos.

SECCIÓN 17. Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

En el caso de los servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

SECCIÓN 18. Beneficios por responsabilidad civil del empleador o la compensación del trabajador

Tal como se establece en la Sección 10 del Capítulo 1, la compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir los pagos primarios de acuerdo con la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “Beneficio Financiero”), conforme a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el Beneficio Financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero.
- De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador.

SECCIÓN 19. Información importante sobre la Commonwealth of Virginia relacionada con su seguro

Estamos sujetos a la reglamentación de esta Commonwealth por la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa del Estado de conformidad con el Título 38.2 y por el Departamento de Salud de Virginia de conformidad con el Título 32.1.

En caso de que usted necesite comunicarse con alguien respecto a este seguro por cualquier motivo, comuníquese con su agente. Si no hubo un agente involucrado en la venta de este seguro o si no tiene más preguntas, puede comunicarse con Kaiser Permanente en los siguientes números telefónicos y direcciones:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
P.O. Box 6831
2101 East Jefferson Street
Rockville MD 20849-6831
301-468-6000 o 1-800-777-7902

Le recomendamos que se familiarice con nuestros procesos de satisfacción del cliente y de apelaciones que se describen en el Capítulo 9: “Qué hacer en caso de tener un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)” y que use este documento antes de tomar otras medidas.

Si no ha podido comunicarse ni obtener satisfacción por parte de la empresa o de su agente, puede comunicarse con la Oficina de Seguros de la Comisión Corporativa del Estado de Virginia en:

State Corporation Commission
Bureau of Insurance
P.O. Box 115
Richmond VA 23218
804-371-9741 o 1-800-552-7945

Se prefiere la correspondencia por escrito para que tengamos un registro de su solicitud. Debe tener a la mano su número de póliza cuando se comunique con su agente, con Kaiser Permanente o con la Oficina de Seguros

CAPÍTULO 12. Definición de términos importantes

Apelación: Es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o de medicamentos recetados o del pago de los servicios o medicamentos que ya haya recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo. Por ejemplo, puede presentar una apelación si nuestro plan no paga un medicamento, artículo o servicio que usted considera que tiene derecho a recibir. Las apelaciones, incluido el proceso para presentarlas, se explican en el Capítulo 9.

Área de Servicio: Área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si este limita la membresía con base en el lugar en el que viven las personas. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro para comprar un artículo. Si el costo del o los artículos supera la asignación, usted deberá pagar la diferencia (y esta diferencia no se aplica a los gastos máximos de bolsillo anuales).

Atención de Custodia: Atención personal que se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando usted no necesita atención médica o atención de enfermería especializadas. La atención de custodia es asistencia personal que pueden proporcionar personas que no tienen capacitación ni habilidades profesionales; por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, levantarse de la cama o acostarse, ponerse de pie o sentarse, moverse e ir al baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Atención de Emergencia: Servicios cubiertos que (1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Atención de Postestabilización: Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su problema médico de emergencia, que usted recibe después de que su médico tratante determina que la condición está clínicamente estable. Clínicamente estable significa que el médico tratante cree, con base en probabilidades médicas razonables y de acuerdo con estándares médicos reconocidos, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su condición empeore de manera importante durante el proceso del alta o el traslado, ni como consecuencia de ello.

Atención en Centros de Enfermería Especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención en un centro de enfermería especializada incluyen la fisioterapia y las inyecciones intravenosas que solo puede administrar un enfermero con práctica médica o un médico.

Atención Médica a Domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención médica que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Cubrimos la atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliara para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de salud a domicilio no incluyen los servicios de amas de llaves, arreglos para el servicio de alimentos ni atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.

Atención para Pacientes Hospitalizados: Atención médica que recibe durante su estancia como paciente hospitalizado en un hospital general de cuidados agudos.

Autorización Previa: Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en la lista de medicamentos recetados disponibles. Algunos servicios médicos dentro de la red se cubren solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se especifican en el Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 y se describen en la Sección 2.3 del Capítulo 3. Algunos medicamentos están cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una “autorización previa” de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Auxiliar de Salud a Domicilio: El auxiliar de salud a domicilio proporciona servicios que no requieren la habilidad de un terapeuta o enfermero titulado, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados). Los auxiliares de salud a domicilio no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

Cancelación de la inscripción o de la afiliación: Proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la inscripción en nuestro plan puede ser voluntaria (por decisión propia) o involuntaria (no por decisión propia).

Cargos del Plan: Cargos del Plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el cronograma del Plan de Salud de Medical Group y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios por los que se paga por capitación a un proveedor (excepto Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals) los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los miembros los servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

Centro de Cuidados Paliativos: Un miembro al que le quedan seis meses de vida o menos tiene derecho a escoger un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si elige un centro de cuidados paliativos y continúa pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios que sean necesarios desde el punto de vista médico, así como los beneficios suplementarios que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le brindará un tratamiento especial según su estado.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, y ofrece una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla o del lenguaje y servicios de evaluación del ambiente familiar.

Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo comunicarse con los CMS.

Centro Quirúrgico para Pacientes Ambulatorios: Entidad que opera exclusivamente con el propósito de proporcionar servicios quirúrgicos ambulatorios a los pacientes que no requieren hospitalización y que se espera que no permanezcan en el centro más de 24 horas.

Cobertura Acreditada de Medicamentos Recetados: Cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados normal de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando cumplen con los requisitos para ser miembros de Medicare generalmente pueden mantener la cobertura sin pagar una penalización, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cobertura de medicamentos recetados (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos de pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

Condición Médica de Emergencia: (1) una condición médica o psiquiátrica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que le hagan pensar, dentro de lo razonable, que, si no recibe atención médica inmediata, se puede poner en peligro grave su salud, sus funciones corporales o sus órganos, o (2) trabajo de parto activo en el que no hay tiempo suficiente para trasladar a la embarazada de manera segura a un hospital del plan (o a un hospital designado) antes del parto o si dicho traslado representa un riesgo para su salud o seguridad (o la del bebé que está por nacer).

Coordinación de Beneficios (COB): Disposición utilizada para establecer el orden en el que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro de salud o cobertura, cada tipo de cobertura se llama “pagador”. Cuando haya más de un pagador, habrá normas para la “coordinación de beneficios” que determinan cuál paga primero. El “pagador principal” paga lo que debe de sus facturas primero y luego envía el resto para que lo pague el “pagador secundario”. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, la ley de Medicare le exige que usted nos pague. En algunos casos puede haber un tercer pagador. Para obtener más información consulte la Sección 10 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

Copago: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, usted podría pagar \$10 o \$20 por una consulta con el médico o por los medicamentos recetados.

Coseguro: Monto que probablemente usted deba pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados luego de pagar los deducibles. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20 %) de los Cargos del Plan.

Costo compartido: El monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto es adicional a nuestra prima mensual del plan). El costo compartido incluye una combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto fijo de “copago” que un plan requiera cuando se reciba un medicamento o servicio específico; o (3) cualquier monto de “coseguro”, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento que requiera un plan cuando se recibe un medicamento o servicio específico. Se puede aplicar una “tarifa de costo compartido diaria” cuando su médico le receta menos de un suministro para todo un mes de ciertos medicamentos y, además, usted debe pagar un copago. Nota: En algunos casos, es posible que no deba pagar todo el costo compartido correspondiente al momento de recibir los servicios y después nosotros le enviaremos una factura por el costo compartido. Por ejemplo, si recibe atención no preventiva durante una consulta de atención preventiva programada, es posible que después le enviemos su factura del costo compartido correspondiente a la atención no preventiva. Para los artículos que se 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 el mismo en la fecha en que lo reciba) y tal vez deba realizar el copago cuando se ordene el artículo. En el caso de medicamentos recetados 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 médica.

Deducible: Cantidad que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Determinación de la cobertura: Decisión sobre si el medicamento que se le recetó está cubierto o no por nuestro plan y el monto, en caso de haberlo, que usted debe pagar por el medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Determinación de la Organización: El plan Cost toma una determinación como organización cuando decide si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto debe pagar usted por ellos. Las determinaciones de la organización se llaman “decisiones de cobertura” en este folleto. En el Capítulo 9, se explica cómo solicitarnos una decisión sobre la cobertura.

Emergencia: Situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Equipo Médico Duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Algunos ejemplos incluyen: andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que pida un proveedor para su uso en el hogar.

Etapas de Cobertura Inicial: Es la etapa después de que usted ha alcanzado su deducible y antes de que los costos totales de medicamentos que usted ha pagado y que su plan ha pagado en su nombre en el año alcancen el monto de **\$4,020**.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: La etapa de Beneficios para Medicamentos de la Parte D en la que debe pagar un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted o terceros autorizados hayan gastado en su nombre **\$6,350** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de Información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula u otra cobertura opcional seleccionada, que explica cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de determinación de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no forma parte de la lista de medicamentos recetados disponibles del patrocinador del plan (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles). También puede solicitar una excepción si limitamos la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles).

Extra Help: Un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar el costo del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Facturación de Saldos: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto que supera el costo compartido que permite el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen saldos” o de otra forma le hagan un cargo mayor que el monto del costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Farmacia de la Red: Farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos “farmacias de la red” porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Farmacia que No Pertenece a la Red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Según se describe en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos que obtiene en

farmacias que no pertenecen a la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones (consulte el Capítulo 5, sección 2.5 para obtener más información).

Gastos de Bolsillo: Consulte la definición de “Costo Compartido” proporcionada anteriormente. Al requisito de costo compartido de que el miembro pague una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se le llama requisito de gasto “de bolsillo”.

Grupo Médico: Red de proveedores del plan que nuestro plan contrata para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es Mid-Atlantic Permanent Medical Group, P.C, una organización profesional con fines de lucro.

Hospital de Cuidados a Largo Plazo: Un hospital de cuidados intensivos certificado por Medicare en el que generalmente se ofrecen servicios cubiertos por Medicare, como rehabilitación integral, terapia respiratoria, tratamientos de traumatismo de cráneo y control del dolor. Los centros para pacientes convalecientes o de servicios de vida asistida no son centros de cuidado a largo plazo.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.

Indicación Aceptada desde el Punto de Vista Médico: Uso de un medicamento que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por determinadas fuentes de referencia. Consulte la Sección 3 del Capítulo 5 para obtener más información acerca de una indicación aceptada desde el punto de vista médico.

Kaiser Foundation Health Plan (Plan de Salud): Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. es una organización sin fines de lucro y un plan Medicare Cost. En esta **Evidencia de Cobertura**, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro(a)”.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Hospitals, el Plan de Salud y el Grupo Médico.

Límite de Cobertura Inicial: El límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Límites de Cantidad: Herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden establecerse en cuanto a la cantidad del medicamento que cubrimos por receta médica o por un periodo definido.

Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de Kaiser Permanente de 2020 (o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Seleccionamos los medicamentos de esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. La lista incluye tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Lista de Medicamentos Recetados Disponibles: Lista de los medicamentos de Medicare Parte D que cubre nuestro plan.

Medicaid (o Asistencia Médica): Programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos de algunas personas que tienen ingresos bajos y recursos limitados. Los programas de Medicaid pueden ser diferentes en cada estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte la Sección 6 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo ponerse en contacto con Medicaid en su estado.

Medicamento Excluido: Un medicamento que no es un “medicamento con cobertura de la Parte D”, según se define en la Sección 1395w-102(e) del Título 42 del U.S.C.

Medicamento Genérico: Medicamento recetado aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos “genéricos” son tan eficaces como los medicamentos de marca y por lo general cuestan menos.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura a través de nuestro plan.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte su formulario para conocer la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso impidió que algunas categorías específicas de medicamentos fueran cubiertas como medicamentos de la Parte D.

Medicamentos de Marca: Medicamento recetado que la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento produce y vende. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, los medicamentos genéricos son producidos y vendidos por otras compañías farmacéuticas y generalmente no están disponibles hasta después de que vence la patente del medicamento de marca.

Plan Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un Plan Medicare Advantage puede ser un plan de una HMO, una PPO, un plan de Pago por Servicio Privado (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Si se inscribe en un Plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura por medio del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). A estos planes se los conoce como **Planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Cualquier persona que tenga Medicare Parte A y Parte B reúne los requisitos para unirse a cualquier plan de salud de Medicare que se ofrezca en su área, excepto las personas con Insuficiencia Renal Terminal (a menos que se apliquen ciertas excepciones).

Medicare Coverage Gap Discount Program: Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del Periodo de Intervalo en la Cobertura y que todavía no reciben “Extra Help”. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, casi todos, pero no todos, los medicamentos de marca tienen descuento.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen Insuficiencia Renal Terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente o que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, de un Plan Medicare Cost, un plan PACE o un Plan Medicare Advantage.

Médico de Cabecera (PCP): Su médico de cabecera es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su médico de cabecera antes de consultar a cualquier proveedor de atención médica. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 3 para obtener información sobre los médicos de cabecera.

Médico de la Red: Cualquier médico certificado que sea socio o trabaje para el Grupo Médico, o cualquier médico certificado contratado para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de referencia).

Miembro (Miembro de nuestro Plan o “Miembro del Plan”): Persona con Medicare que reúne los requisitos para obtener los servicios cubiertos, que está inscrita en nuestro plan y cuya inscripción fue confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado y modificado como se informa en su declaración de impuestos del IRS de hace dos años está por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, por eso la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto de Gastos Máximos de Bolsillo: Es el monto máximo de gastos de su bolsillo que paga durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de Medicare Parte A y Parte B, y los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. Consulte la Sección 1.2 del Capítulo 4 para obtener información sobre el monto de gastos máximos de bolsillo.

Necesario desde el punto de vista médico: Servicios, artículos o medicamentos que se necesitan para prevenir, diagnosticar o tratar su condición médica y que reúnen los estándares aceptados de la práctica médica.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Grupo de médicos y otros expertos de atención médica que reciben su pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. Consulte la Sección 4 del Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Original Medicare (“Medicare Tradicional” o Medicare con “Pago por Servicio”): El gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (Seguro Hospitalario) y la Parte B (Seguro Médico), y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

Parte C: Consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D: El Medicare Prescription Drug Benefit Program de Medicare. (Para facilitar la consulta, llamaremos Parte D al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Penalización por Inscripción Tardía en la Parte D: Una cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si usted se queda sin cobertura acreditada (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura normal de medicamentos recetados de Medicare) durante un periodo de 63 días consecutivos o más. Usted paga esta cantidad mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe “Extra Help” de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos recetados, no se le aplicará ninguna penalización por inscripción tardía.

Periodo de beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un hospital o centro de enfermería especializada (SNF). Un periodo de beneficios comienza el día que usted es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados (o atención en un SNF). Si usted ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finalizó un periodo de beneficios, comenzará un nuevo periodo de beneficios. No hay un límite en la cantidad de periodos de beneficios.

Periodo de Inscripción Anual: Periodo determinado de cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos. El periodo de inscripción anual es del 15 de octubre al 7 de diciembre. (Como miembro de un plan Medicare Cost, puede cambiarse a Original Medicare en cualquier momento. Pero solo puede unirse a un plan de salud o de medicamentos de Medicare nuevo durante algunos periodos al año, como el Periodo de Inscripción Anual).

Periodo de Inscripción Especial: Tiempo determinado en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Las situaciones en las que puede reunir los requisitos para un periodo de inscripción especial son, entre otras: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Extra Help” con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un hogar para ancianos o si violamos nuestro contrato con usted.

Periodo de Inscripción Inicial: Cuando usted reúne los requisitos para participar en Medicare por primera vez; es el periodo en el que puede inscribirse a Medicare Parte A y Parte B. Por ejemplo, si reúne los requisitos para participar en Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Periodo de Inscripción Inicial es el periodo de siete meses que inicia tres meses antes del mes en el que usted cumpla 65 años, incluido el mes en el que cumpla 65 años, y termina tres meses después del mes en el que cumpla 65 años.

Plan de Salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes de Medicare Advantage, los Planes Medicare Cost, los Programas Piloto o de Demostración y los Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).

Plan Medicare Cost: Un Plan Medicare Cost es un plan administrado por una Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de conformidad con un contrato de reembolso de costos según se establece en el artículo 1876(h) de la Ley.

Plan PACE: Un plan PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) combina servicios de atención médica, social y a largo plazo (LTC) para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudarles a ser independientes y residir en su comunidad (en lugar de mudarse a un hogar para ancianos) por tanto tiempo como sea posible, mientras reciben la

atención de alta calidad que necesitan. Las personas inscritas en los planes del PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid por medio del plan.

Plan Preferred Provider Organization (PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores con contrato que acordaron tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de la PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no pertenecen a la red. Los planes PPO tienen un límite anual para los gastos de su bolsillo por los servicios recibidos de los proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto para los gastos totales combinados de su bolsillo por los servicios tanto de proveedores de la red (preferidos) como de proveedores que no pertenecen a la red (no preferidos).

Plan: Kaiser Permanente Medicare Plus.

Póliza de “Medigap” (Seguro Suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los “espacios” de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un Plan Medicare Cost no es una póliza de Medigap).

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

Prostética y Ortopedia: Se trata de dispositivos médicos que le solicita el médico u otro proveedor de atención médica. Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, los aparatos ortopédicos de brazos, espalda y cuello; extremidades y ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros de ostomía y la terapia nutricional enteral y parenteral.

Proveedor de la Red: “Proveedor” es el término general que usamos para designar a los médicos, otros profesionales de atención médica (incluidos, entre otros, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que están acreditados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención médica. Los llamamos “**proveedores de la red**” cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar, así como para proporcionar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Pagamos a los proveedores de la red conforme al acuerdo que hayan celebrado y siempre que acepten proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. A los proveedores de la red también se les llama “proveedores del plan”.

Proveedor que No Pertenece a la Red o Centro de Atención que No Pertenece a la Red: Proveedor o centro de atención con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no son empleados del plan, no pertenecen al plan, no los opera el plan ni tienen un contrato con este para brindarle a usted los servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar a los proveedores o los centros de atención que no pertenece a la red.

Queja Formal: Una queja que usted presenta contra nosotros, incluidas las quejas sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. Consulte también “Queja Formal”, en esta lista de definiciones.

Región de Kaiser Permanente: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de atención médica de servicio directo. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a las personas con recursos e ingresos limitados que están discapacitadas, ciegas o que tienen más de 65 años de edad. Los beneficios de SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicio a los Miembros: Un departamento de nuestro plan encargado de responder las preguntas que tenga sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio a los Miembros.

Servicios Cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubre Medicare Parte A y B.

Servicios Cubiertos: El término general que usamos para referirnos a los servicios de atención médica y artículos que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios de Atención Urgente: Son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o por proveedores que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen terapia física, del habla y del lenguaje, y ocupacional.

Servicios o Atención Médica: Servicios o artículos de atención médica. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen el equipo médico duradero, los anteojos y los medicamentos que cubre Medicare Parte A o B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Servicios: Artículos o servicios de atención médica.

Special Needs Plan: Un tipo especial de Plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos determinados de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, las que viven en un hogar para ancianos o las que presentan ciertas condiciones médicas crónicas.

Subsidio por Bajos Ingresos (LIS): Consulte “Extra Help”.

Tarifa Diaria de Costo Compartido: Es posible que se aplique una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le recete un suministro para menos de un mes de determinados medicamentos si usted debe pagar un copago. La tarifa diaria de costo compartido es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. Debido a que usted paga un coseguro por los medicamentos de la Parte D, paga el mismo porcentaje independientemente de si la receta médica es para un suministro de un mes completo o para menos días.

Tarifa por Entrega: Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica. La tarifa por entrega cubre costos como el tiempo que le toma al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento.

Declaración de Divulgación de la PRA: De acuerdo con la Ley sobre Reducción de Trámites de 1995, no se le puede exigir a ninguna persona que responda a una solicitud de información a menos que esta tenga un número de control de la OMB válido. El número de control de la OMB válido para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene algún comentario o alguna sugerencia para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple 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 **1-888-777-5536** (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 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852 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

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (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 **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-888-777-5536** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-888-777-5536** (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。**1-888-777-5536** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-888-777-5536** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Amharic: ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-888-777-5536** (መስማት ለተሳናቸው: **711**).

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای تماس بگیری **1-888-777-5536** (TTY: **711**) شما فراهم می باشد. با

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل (711) (رقم هاتف الصم والبكم: **1-888-777-5536** برقم

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-888-777-5536** (ATS : **711**).

Yoruba: AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-888-777-5536** (TTY: **711**).

Portuguese: ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para **1-888-777-5536** (TTY: 711).

Italian: ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-888-777-5536** (TTY: 711).

Bengali: লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন **1-888-777-5536** (TTY: 711)।

Urdu: خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-888-777-5536** (TTY: 711).

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele **1-888-777-5536** (TTY: 711).

Gujarati: સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-888-777-5536** (TTY: 711).

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Plus

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
LLAME AL	1-888-777-5536 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
ESCRIBA A	Kaiser Permanente Member Services 2101 East Jefferson Street Rockville, Maryland 20852
SITIO WEB	kp.org/espanol

State Health Insurance Assistance Program

El State Health Insurance Assistance Program (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros médicos locales a personas que tienen Medicare. Consulte más información sobre SHIP en la Sección 3 del Capítulo 2.