

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de Cobertura:

Sus servicios y beneficios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (HMO-POS)

Este documento 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 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Para preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536 para obtener información adicional. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711). El horario es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA, es ofrecido por Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. (Health Plan). En esta *Evidencia de Cobertura*, las palabras “nosotros”, o “nuestro(a)”, o sus equivalentes implícitos, se refieren a Health Plan. Cuando se usa “plan” o “nuestro plan”, se está aludiendo al plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA.

Este documento está disponible de manera gratuita en inglés. Para obtener información adicional, comuníquese con Servicio a los Miembros al 1-800-443-0815. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.

Este documento está disponible de manera gratuita en español. Si desea información adicional, llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al 1-888-777-5536. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. Esta llamada es gratuita.

Este documento está disponible en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD si lo necesita. Para solicitarlo, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están en la contraportada de este documento). Es posible que los beneficios, las primas, los deducibles, los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2026. 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. Le avisaremos de los cambios a los miembros afectados con al menos 30 días de anticipación.

En este documento se le explican sus beneficios y derechos. Utilice el documento para comprender los siguientes aspectos:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y para medicamentos recetados;
- Cómo presentar una queja informal si no está a gusto con el servicio o el tratamiento;
- Cómo contactarnos si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Evidencia de Cobertura de 2025

Índice

CAPÍTULO 1: <i>Introducción para miembros</i>	7
SECCIÓN 1 Introducción	7
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	8
SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá.....	9
SECCIÓN 4 Los costos mensuales de nuestro plan.....	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual.....	15
SECCIÓN 6 Mantener actualizada la información de membresía del plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: <i>Recursos y números de teléfono importantes</i>	20
SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicio a los Miembros)	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare)	24
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare)	26
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad.....	27
SECCIÓN 5 Seguro Social.....	28
SECCIÓN 6 Medicaid.....	29
SECCIÓN 7 Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados.....	30
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios	33
SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro de grupo u otro seguro proporcionado por un empleador?	34
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar la cobertura del plan para sus servicios médicos</i>	35
SECCIÓN 1 Qué debe saber para obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan	35
SECCIÓN 2 Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red	37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe.....	44
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	46
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?	47

SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención cubierta en una institución religiosa no médica de cuidado de salud.....	49
SECCIÓN 7	Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero	50
CAPÍTULO 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)		52
SECCIÓN 1	Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos	52
SECCIÓN 2	Consulte en este <i>Cuadro de Beneficios Médicos</i> qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos.....	54
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan?.....	114
CAPÍTULO 5: Cómo usar la cobertura del plan para los medicamentos recetados de la Parte D.....		123
SECCIÓN 1	Introducción	123
SECCIÓN 2	Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo	124
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos	127
SECCIÓN 4	Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura	129
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo estuviera?.....	130
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	133
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan?.....	136
SECCIÓN 8	Surtir una receta	137
SECCIÓN 9	Cobertura para medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales....	137
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración.....	139
CAPÍTULO 6: Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D.....		142
SECCIÓN 1	Introducción	142
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que está cuando recibe el medicamento	144
SECCIÓN 3	Le enviaremos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y se le indica en cuál etapa de pago está	145
SECCIÓN 4	No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA	147
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestra parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya	147
SECCIÓN 6	En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	152

SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento depende cómo y dónde lo consigue.....	152
CAPÍTULO 7:	<i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>	155
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	155
SECCIÓN 2	Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió	157
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no	159
CAPÍTULO 8:	<i>Sus derechos y responsabilidades</i>	160
SECCIÓN 1	Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan	160
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan	167
CAPÍTULO 9:	<i>Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales)</i>	169
SECCIÓN 1	Introducción	169
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	169
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?.....	170
SECCIÓN 4	Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.	171
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	174
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación	183
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que le darán el alta antes de tiempo	194
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo	199
SECCIÓN 9	Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior	203
SECCIÓN 10	Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas	206
CAPÍTULO 10:	<i>Cancelación de su membresía en el plan</i>	210
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan	210
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	210
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	213
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	213

SECCIÓN 5	En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan	214
CAPÍTULO 11:	Notificaciones legales	216
SECCIÓN 1	Aviso sobre la legislación vigente.....	216
SECCIÓN 2	Notificación sobre la no discriminación.....	216
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare	216
SECCIÓN 4	Administración de esta <i>Evidencia de Cobertura</i>	217
SECCIÓN 5	Solicitudes y declaraciones	217
SECCIÓN 6	Cesión.....	217
SECCIÓN 7	Honorarios y gastos de abogados y defensores.....	217
SECCIÓN 8	Coordinación de beneficios	217
SECCIÓN 9	Responsabilidad del empleador.....	218
SECCIÓN 10	<i>Evidencia de Cobertura</i> que obliga a los miembros	218
SECCIÓN 11	Responsabilidad de agencias gubernamentales.....	218
SECCIÓN 12	Exención de responsabilidad de los miembros.....	218
SECCIÓN 13	Sin exención	218
SECCIÓN 14	Avisos.....	218
SECCIÓN 15	Recuperación de pagos en exceso	218
SECCIÓN 16	Responsabilidad civil de terceros	219
SECCIÓN 17	Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos	220
SECCIÓN 18	Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador.....	220
SECCIÓN 19	Embarazo por encargo de terceros	220
CAPÍTULO 12:	Definición de términos importantes.....	221

Capítulo 1: Introducción para miembros

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 **Está inscrito en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA, que es un plan de punto de servicio HMO de Medicare**

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 Advantage Care Plus VA. Tenemos la obligación de cubrir todos los servicios de Parte A y Parte B. Sin embargo, el costo compartido y el acceso a proveedores de este plan difiere del de Medicare Original.

Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA es un plan Medicare Advantage HMO (organización para el mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS), aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Vea el Capítulo 3, Sección 2.4, para obtener información sobre el uso de la opción de Punto de Servicio).

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y satisface el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA). Por favor visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/individuals-and-families para obtener más información.

Sección 1.2 **¿De qué se trata el documento de la *Evidencia de Cobertura*?**

Este documento de *Evidencia de Cobertura* le informa cómo recibir su atención médica y de medicamentos recetados. En él se explican cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que usted paga como miembro de nuestro plan y cómo presentar una queja informal si no está a gusto con una decisión o un tratamiento.

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 qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos dedicar tiempo a leer detenidamente este documento de *Evidencia de Cobertura*.

Si siente confusión, preocupación o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Sección 1.3 **Información legal acerca de la *Evidencia de Cobertura***

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción,

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

nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025* y cualquier aviso que reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. Estos avisos se llaman en ocasiones *cláusulas para cobertura de cuidados médicos adicionales o enmiendas*.

El contrato tendrá vigencia durante los meses en los que usted esté inscrito en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

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 2025. También podemos elegir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2025.

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

SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

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

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B.
- Vive en nuestra área de servicio (en la Sección 2.2 a continuación se describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- Y sea ciudadano o residente legal de los Estados Unidos.

Sección 2.2 Área de servicio de nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA

Nuestro plan está disponible solo para aquellas personas que viven en el área de servicio del plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar residiendo en el área de servicio de dicho plan. Nuestra área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Virginia: Arlington, Fairfax, Loudoun y Prince William. Además, nuestra área de servicio incluye estas ciudades independientes en Virginia: Alexandria, City of Falls Church, Fairfax, Manassas y Manassas Park.

Si usted tiene la intención de mudarse a un domicilio que está fuera del área de servicio, no puede continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicio a los Miembros para verificar si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción

especial, que le permitirá cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de 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 teléfonos y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en la Sección 5 del Capítulo 2.

Sección 2.3 Ciudadano de los Estados Unidos o presencia legal

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

SECCIÓN 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

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



Durante el tiempo que sea miembro de este plan NO puede usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener servicios médicos. Si usa su tarjeta de Medicare en vez de su tarjeta de membresía de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o participar en estudios de investigación clínica, también llamados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

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.

Sección 3.2 Directorio de Proveedores

En el *Directorio de Proveedores* se enumeran los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos actuales.

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.

Debe obtener los servicios y la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red. Si recibe servicios en otro lugar sin la debida autorización, deberá pagar completamente por ellos. Las únicas excepciones son emergencias, servicios necesarios con urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones donde es irrazonable o imposible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que nuestro plan autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red.

Como miembro de nuestro plan, puede optar por recibir parte de su atención de proveedores fuera de la red a través de nuestro beneficio Care Plus en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos puede ser mayor y existe un monto anual de cobertura de beneficios de **\$1,500**. Vea el Capítulo 3, Sección 2.4, “Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red”, y el Capítulo 4, Sección 2.2, después del Cuadro de Beneficios Médicos, para consultar los detalles de la cobertura fuera de la red y la información sobre los costos compartidos.

La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en kp.org/directory.

Si no tiene su copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitarla (electrónicamente o en formato impreso) a nuestro Servicio a los Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores en copia impresa se le enviarán por correo en el plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de Farmacias

El *Directorio de Farmacias* (kp.org/directory) enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir recetas médicas cubiertas de los miembros del plan. Puede usar el *Directorio de Farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee usar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información acerca de cuándo puede usar una farmacia fuera de la red del plan.

El *Directorio de Farmacias* también le dirá qué farmacias de la red tienen un costo compartido preferido, que podría ser menor que el costo compartido estándar que ofrecen otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede solicitar una copia a Servicio a los Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en kp.org/directory.

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

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025*. 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 con ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó la “Lista de Medicamentos” de nuestro plan.

Nuestra 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 están cubiertos, visite nuestro sitio web (kp.org/seniorrx) o llame a Servicio a los Miembros.

SECCIÓN 4 Los costos mensuales de nuestro plan

Sus costos pueden incluir los siguientes:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de Medicare Parte B (Sección 4.2)
- Prima de beneficios adicionales opcionales (Sección 4.3)
- Penalización por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4.4)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.5)
- Monto del plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare (Sección 4.6)

En determinadas situaciones, la prima del plan podría ser menor

El programa “Beneficio Adicional” ayuda a personas con recursos limitados con el pago de sus medicamentos. Consulte más información sobre este programa en la Sección 7 del Capítulo 2. Si usted reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* en este programa y recibe ayuda de este, la información sobre las primas de esta *Evidencia de Cobertura* no aplicará en su caso. Le enviamos un documento por separado, llamado *Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para 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 este anexo, por favor llame a Servicio a los Miembros y pida la *Cláusula LIS*.

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían según el nivel de ingresos de cada persona. Si tiene alguna pregunta acerca de las primas, consulte la sección llamada *Costos de Medicare de 2025* en su copia del manual *Medicare y Usted 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). 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 la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual por el plan. Para 2025, la prima mensual para nuestro plan es de **\$26**.

Sección 4.2 Prima mensual de Medicare Parte B

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, debe continuar pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima de la Parte B. También podría incluir una prima de la Parte A, para los miembros que no califican para la Parte A libre de prima.

Sección 4.3 Prima de beneficios adicionales opcionales

Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados *beneficios adicionales opcionales*, pagará una prima mensual adicional por tales beneficios. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4.

La prima mensual para beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus) es de **\$18** para la Opción 1, **\$23** para la Opción 2 o **\$41** para las Opciones 1 y 2.

Sección 4.4 Penalización por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar la **penalización por inscripción tardía** en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para recibir cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su periodo de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable 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 el monto equivalente al 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 otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D.

La sanción 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.

En los siguientes casos, **no** tendrá que pagarla:

- Si obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Usted no tuvo cobertura acreditable durante menos de 63 días seguidos.
- Ha tenido cobertura acreditable para medicamentos por parte de otra fuente como, por ejemplo, un empleador o sindicato anteriores, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. 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.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que usted tenía cobertura acreditable de medicamentos recetados que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Lo siguiente no es una cobertura acreditable de medicamentos recetados: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas ni sitios web con descuentos para medicamentos.

Medicare establece el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo sin cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días o más después de que fue elegible para inscribirse en la Parte D, en el plan se contará la cantidad de meses completos en que no tuvo cobertura. La multa equivale al 1% de cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país el año anterior. En 2025, el monto de la prima mensual promedio es de \$36.78.
- 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 \$36.78, lo que equivale a \$5.14. Esto se redondea a \$5.10. Este monto se agregaría **a la prima mensual de las personas que deban pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- Primero, **la sanción puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año.
- Segundo, **deberá seguir pagando una sanción** 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 ya cuenta con los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial de antigüedad en Medicare.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, usted o su representante puede solicitarnos una revisión. 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. Sin embargo, 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.

Sección 4.5 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Puede que se le exija a algunos miembros que paguen un cargo adicional, conocido como el Monto de Ajuste Mensual Debido a los Ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula con el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace 2 años. Si el monto excede un monto determinado, pagará el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente tenga que pagar con base en sus ingresos, consulte <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

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. 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. Si no paga el monto adicional, se cancelará su afiliación al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si no está de acuerdo con pagar un monto adicional, puede pedir al Seguro Social que reconsidere la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, contacte al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 4.6 Monto del plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare

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

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

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Puede pagar la prima del plan de distintas maneras

Puede pagar la prima del plan de cuatro formas.

Opción 1: Pagar con cheque

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

Kaiser Permanente
Membership Accounting Department
P.O. Box 64199
Baltimore, MD 21264-4199

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

Opción 2: Puede inscribirse para el pago automático mensual

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

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 y cualquier formulario que deba completar.

También puede administrar las opciones de pago automático, incluido el registro de pago automático en kp.org/mas/onlinebilling.

Opción 3: Puede realizar un pago único por teléfono o en línea

Puede realizar un pago único los 7 días de la semana, las 24 horas del día en línea en kp.org/mas/onlinebilling o llamando a Servicio a los Miembros.

Opción 4: Puede solicitar que se descuente la prima del plan de su cheque mensual del Seguro Social

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

Cambiar la manera en la que paga la prima de su plan. Si decide cambiar la opción con la que paga la prima de su plan, 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. Para cambiar el método de pago, llame a Servicio a los Miembros, regístrese para una opción de pago automático o realice un pago único en línea.

Podrá pagar la prima del plan por medio de un cheque (ver Opción 1), salvo que se registre en una opción de pago automático (ver Opciones 2 o 4) o si realiza un único pago en línea o por teléfono (ver Opción 3).

¿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 antes del día 15 del mes de cobertura, le enviaremos un aviso para indicarle el monto que debe.

Si se le impone una penalización por inscripción tardía en la Parte D, debe pagarla para conservar su cobertura de medicamentos recetados. Tenemos derecho a cobrar cualquier prima que usted nos deba. Si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 60 días y está inscrito en nuestro paquete de beneficios adicionales opcionales (Advantage Plus), podemos cancelar esos beneficios y no podrá volver a inscribirse para obtener los beneficios sino hasta el 15 de octubre para que la cobertura entre en vigor el 1 de enero.

Si tiene problemas para pagar a tiempo las primas, llame a Servicio a los Miembros para ver si podemos referirlo a un programa de ayuda con los costos.

Si considera que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja informal (también llamada queja formal); consulte el Capítulo 9 para conocer cómo presentar una queja informal. Si una emergencia por circunstancias fuera de su control causó que no pudiera pagar la prima del plan, si la debe, dentro de nuestro periodo de gracia, puede presentar una queja informal. En caso de queja, revisaremos nuestra decisión nuevamente. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento dice cómo presentar una queja informal, o puede llamarnos al 1-888-777-5536 entre las 8 a. m. y las 8 p. m., los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711. Debe presentar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que termine su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar su 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 la prima mensual del plan cambia para el año siguiente, le informaremos al respecto en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, el porcentaje de la prima que le corresponde pagar a usted puede modificarse durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional” o si pierde su elegibilidad para participar en el programa “Beneficio Adicional” durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para participar en

el programa “Beneficio Adicional” para el pago de sus medicamentos recetados, el programa “Beneficio Adicional” pagará parte de su prima mensual del plan. Un miembro que pierde su elegibilidad para este beneficio durante el año, deberá empezar a pagar la totalidad de la prima mensual. Puede obtener más información sobre el programa “Beneficio Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Mantener actualizada la información de membresía del plan

El registro de su membresía cuenta con información tomada del formulario de inscripción, incluidos su dirección y su número de teléfono. Muestra la cobertura específica del plan, incluido su proveedor de atención médica primaria.

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

Infórmenos de los siguientes cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro aspecto de su cobertura de seguro (como su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente de automóvil.
- Si es admitido en un centro de adultos mayores.
- 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 su responsable (su cuidador, por ejemplo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. **(Nota:** No tiene la obligación de informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tenga la intención de participar, pero le alentamos a que lo haga).

Si esta información cambia, háganoslo saber al comunicarse con Servicio a los Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otro seguro

Medicare requiere que recopilemos información de usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que necesitamos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios que le otorga nuestro plan. A esto se le llama **“Coordinación de Beneficios”**.

Una vez al año, le enviaremos una carta con todas las otras coberturas médicas o de medicamentos que sabemos que tiene. Le pedimos que lea esta información detenidamente y, si es correcta, no es necesario que haga nada más. Si 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. Es posible que necesite proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otros aseguradores (una vez que haya confirmado la identidad de estos) a fin de que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud de grupo de un empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o el 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. Si tiene otro seguro, informe al médico, hospital y farmacia.

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

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si su cobertura del plan de salud de grupo se basa en su empleo actual o en el de algún familiar, quién paga primero depende de la edad, de la cantidad de personas empleadas por el empleador y de si usted tiene Medicare por su edad, una incapacidad o insuficiencia renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad y usted o algún familiar sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho sigue trabajando, su plan de salud de grupo paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o si por lo menos un empleador en un plan de empleadores múltiples tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud de grupo pagará primero durante los primeros 30 meses a partir de la fecha en que haya reunido los requisitos para ser miembro de Medicare.

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

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

Capítulo 2 — Recursos y números de teléfono importantes

SECCIÓN 1 Contactos de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo contactarse con Servicio a los Miembros)

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros del plan

Si necesita ayuda con preguntas sobre reclamos, facturación o la tarjeta de membresía, por favor llame o escriba a Servicio a los Miembros del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA. Será un placer ayudarlo.

Método	Servicio a los Miembros: Información de contacto
LLAMADAS	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 gratuitos de interpretación de idiomas a 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.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura sobre su atención médica

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de atención médica, consulte el Capítulo 9 (*¿Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]?*).

Método	Decisiones sobre la cobertura respecto a la atención médica: información de contacto
LLAMADAS	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.
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
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Relations Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura respecto a 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 los medicamentos recetados cubiertos en sus beneficios de la Parte D de su plan. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura de los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*¿Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]?*).

Método	Decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMADAS	1-888-791-7229 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
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	1-844-403-1028

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

Método	Decisiones sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
CORREO POSTAL	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
SITIO WEB	kp.org

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

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 presentar una apelación o una queja informal sobre la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]*).

Método	Apelaciones o quejas informales sobre la atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMADAS	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.
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	1404949-5001
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Relations Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Método	Apelaciones o quejas informales sobre la atención médica y los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja informal en línea ante Medicare, visite 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 recibí

Si recibió una factura o pagó por servicios (tal como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Nota: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer en caso de tener un problema o una queja informal [decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales]*).

Método	Solicitudes de pago: Información de contacto
LLAMADAS	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.
TTY	711 Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Claims Department Mid-Atlantic States Region P.O. Box 371860 Denver, CO 80237-9998
SITIO WEB	kp.org

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

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

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

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

Método	Medicare: Información de contacto
LLAMADAS	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.

Método	Medicare: Información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="448 321 699 348">www.Medicare.gov</p> <p data-bbox="448 369 1344 579">Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, centros de adultos mayores, médicos, agencias de atención médica domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="448 600 1333 705">Además, el sitio web de Medicare ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sobre las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="448 726 1398 1020" style="list-style-type: none"><li data-bbox="448 726 1377 789">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare.<li data-bbox="448 810 1398 1020">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo aproximado de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="448 1041 1398 1104">También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan:</p> <ul data-bbox="448 1125 1365 1335" style="list-style-type: none"><li data-bbox="448 1125 1365 1335">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare trata las quejas informales con seriedad y usará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="448 1356 1409 1598">Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde la 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. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En Virginia, el SHIP se llama Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia.

El Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia es un programa estatal independiente (que no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros de salud locales a personas que tienen Medicare.

Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia 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 consejeros del Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia también pueden ayudarle a responder preguntas o problemas sobre Medicare y a comprender las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER A SHIP Y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (haga clic en SHIP LOCATOR [Localizador de SHIP] en medio de la página).
- Seleccione de la lista el nombre de su **estado**. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia: información de contacto
LLAMADAS	1-804-662-9333 o la línea telefónica gratuita al 1-800-552-3402
TTY	711
CORREO POSTAL	1610 Forest Avenue, Suite 100, Henrico, VA 23229
SITIO WEB	www.vda.virginia.gov

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

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

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare les paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de 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 (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) termina demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Virginia): información de contacto
LLAMADAS	1-888-396-4646 Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m. Fines de semana y días festivos, de 11 a. m. a 3 p. m.
TTY	1-888-985-2660 Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de una persona para Medicare y de gestionar la inscripción. Los ciudadanos y los residentes legales permanentes de los Estados Unidos mayores de 65 años o que tengan una incapacidad o enfermedad renal crónica terminal y que además, cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en 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 más ingresos. Si recibió una carta del Seguro Social para comunicarle que debe pagar un monto adicional y tiene preguntas sobre ese monto o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que reconsideren su caso.

Si cambia de domicilio o de dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para hacérselos saber.

Método	Seguro Social: Información de contacto
LLAMADAS	1-800-772-1213 Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 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 8 a. m. a 7 p. m.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto de los gobiernos federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

Los programas que se ofrecen por medio de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, tales como sus primas, por ejemplo. Estos **Programas de ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). Algunos QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario con bajos ingresos especificado de Medicare (SLMB):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B. Algunas personas que son SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Persona calificada (QI):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidades y con trabajo calificadas (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	Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia: información de contacto
LLAMADAS	1-804-786-6145 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
TTY	1-800-343-0634 Para usar este número, necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	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 de ayuda para pagar los medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos recetados. También existen otros programas de asistencia para personas con ingresos limitados, que se describen a continuación.

Programa “Beneficio Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Beneficio Adicional” 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 “Ayuda Adicional” también cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo.

Si usted reúne los requisitos automáticamente para participar en el programa “Beneficio Adicional”, Medicare le enviará una carta. No tendrá que postularse. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Beneficio Adicional” para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para obtener “Beneficio Adicional”, comuníquese con:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- La Oficina del Seguro Social, al 1-800-772-1213, de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 o
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si considera que reúne los requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional” y cree que está pagando un monto incorrecto de costo compartido cuando recibe sus medicamentos recetados en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda 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 “Beneficio Adicional”. La evidencia también puede ser un documento expedido por el estado que contenga su información de elegibilidad relacionada con los Servicios en el Hogar y la Comunidad.

Es posible que usted o su representante designado deba proporcionar la evidencia a una farmacia de la red cuando surta recetas cubiertas de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado del costo compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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 siguiente número 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 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 debe pagar, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Comuníquese con Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué ocurre si tiene el “Beneficio Adicional” y cobertura de un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP)?

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE. UU. ofrecen ayuda para pagar recetas, primas de planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP), el Beneficio Adicional pagará primero.

Virginia tiene un programa llamado Programa de Asistencia en Medicamentos de Virginia (VA MAP) que ayuda a las personas a pagar los medicamentos recetados según su necesidad económica, edad o afección médica. Para obtener más información sobre el programa, consulte su programa estatal State Health Insurance Assistance Program.

¿Qué ocurre si tiene el “Beneficio Adicional” y cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a los individuos con VIH o SIDA que reúnen los requisitos a que tengan acceso a medicamentos que salvan vidas contra el VIH. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también están en el formulario del ADAP califican para la asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados por medio del VA MAP de Virginia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 1-855-362-0658.

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de parecer, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame al 1-855-362-0658 para residentes de Virginia.

Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare.

El plan de pagos para medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona junto a su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos dividiendo el gasto **en pagos mensuales que podrán variar durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a manejar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** El “Beneficio Adicional” de Medicare y la asistencia del SPAP y ADAP, para quienes reúnen los requisitos, es más conveniente que participar en el plan de pago de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, no importa el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare que tengan cobertura de medicamentos deberán ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) para ver si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare: Información de contacto
LLAMADAS	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 gratuitos de interpretación de idiomas a 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.

Método	Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare: Información de contacto
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

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 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. Si tiene alguna pregunta con respecto a los beneficios que brinda la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: Información de contacto
LLAMADAS	1-877-772-5772 Las llamadas a este número no tienen costo. Si marca “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (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 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 <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov/

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

SECCIÓN 9 ¿Tiene seguro de grupo u otro seguro proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) recibe beneficios por parte de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) 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 períodos de inscripción de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) o de un grupo de jubilados. (Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) para realizar preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare que le ofrece este plan.

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados por medio de un grupo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), 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 sus servicios médicos

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

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

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

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

- **Los proveedores** son médicos y otros profesionales de la salud que están autorizados por el estado para proporcionar atención y servicios médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y demás profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como un pago completo. Tenemos un acuerdo con estos proveedores para que proporcionen servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red nos facturan directamente a nosotros por la atención que le brindan. Al usar uno de estos proveedores de la red, debe pagar un porcentaje del costo de los servicios que le proporcionan.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo de atención médica y los medicamentos recetados que tienen cobertura de nuestro plan. Sus servicios cubiertos para la atención médica se enumeran en el Cuadro de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el capítulo 5.

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

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

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

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** (consulte esta tabla en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que recibió se considera necesaria desde el punto de vista médico.** “Necesario desde el punto de vista médico” significa que los servicios, artículos, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un proveedor de atención primaria (PCP) de la red, que le brinda atención médica y la supervisa.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle una referencia con antelación 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. A esto se le llama darle una referencia. Para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requiere que su PCP le proporcione una referencia para obtener atención de emergencia o servicios necesarios con urgencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación con antelación de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir atención por parte de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre esto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, la atención que recibe de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no pertenece a nuestra red) no será cubierta. Esto significa que tendrá que pagarle al proveedor la totalidad de los servicios prestados. Existen cinco excepciones:
 - Cubrimos atención de emergencia o necesitada con urgencia que obtenga de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y para averiguar a qué nos referimos con servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que puedan proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que paga normalmente dentro de la red si nosotros o nuestro Medical Group autoriza los servicios antes de que usted obtenga la atención. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si hubiera recibido la atención médica de uno de los proveedores de la red. Para obtener información sobre la aprobación para ver a un proveedor fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - Cubrimos los servicios de diálisis que recibe en los centros de diálisis certificados por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio o cuando su proveedor de este servicio no está disponible ni accesible temporalmente. Los costos compartidos que usted paga a nuestro plan por la diálisis nunca pueden superar los costos compartidos de Original Medicare. Si está fuera de nuestra área de servicio y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de nuestra red, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de la red para la diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de nuestra red, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

- Si recibe servicios dentro de los Estados Unidos o sus territorios, brindaremos cobertura limitada a través de nuestro beneficio Care Plus para atención preventiva, de rutina, de seguimiento y continua obtenida de proveedores fuera de la red (consulte el Capítulo 4, Sección 2.2, después del Cuadro de Beneficios Médicos, para obtener más información).
- Si recibe atención de los proveedores de la red en otras regiones de Kaiser Permanente descritas en la Sección 2.4 de este capítulo.

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

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) que le proporcione y supervise la atención médica
--

¿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 proveedor de atención médica. Su proveedor de atención primaria es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria. Por lo general, el médico de atención primaria ejerce la medicina general (también llamada medicina interna o medicina familiar). Los PCP se encuentran identificados en el *Directorio de Proveedores*.

Su PCP proporciona, receta o autoriza servicios cubiertos médicamente necesarios. Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención básica o de rutina y le proporcionará una referencia según sea necesario para consultar a otros proveedores de la red para recibir otra atención que necesite. Por ejemplo, para que usted pueda ver a un especialista, por lo general primero necesita obtener la aprobación de su PCP (a esto se le llama obtener una “referencia” para un especialista). Hay unos pocos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin contactar antes a su proveedor de atención médica primaria, (consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

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

¿Cómo elegir o cambiar su PCP?

Como se explicó anteriormente, su PCP tiene un papel importante en su atención médica. Por eso, requerimos que tenga un PCP. Si no selecciona a un PCP cuando se inscriba, nosotros le asignaremos un médico y le notificaremos según corresponda.

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

Para elegir o cambiar su PCP, por favor llame a Servicio a los Miembros o visite kp.org/doctor.

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

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

Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede obtener sin una referencia de su 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 de detección (radiografías del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando los reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe y contra COVID-19, así como también las vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata, pero que no son emergencias, siempre que se encuentre temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o no sea razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes nuestro plan tiene contratos. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si es posible, por favor llame a Servicio a los Miembros antes de abandonar el área de servicio, para que podamos ayudarle a coordinar la diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- 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 para la salud para el tratamiento de una enfermedad o parte del cuerpo específicas. Existen muchos tipos de especialistas, por ejemplo: vea aquí algunos ejemplos:

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

Referencias de su PCP

Por lo general, acudirá primero con su PCP para atender la mayoría de sus necesidades médicas 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.

Referencias a proveedores de la red

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

Para algunos tipos de atención especializada de la red, es posible que su PCP necesite obtener una aprobación previa de nuestro plan. En caso de que usted quiera acudir a un determinado especialista u hospital de la red, verifique antes que el PCP haga referidos a ese especialista.

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación, su proveedor de la red necesitará obtener una aprobación con antelación 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 alguna vez no está de acuerdo con las decisiones de autorización, puede presentar una apelación como se describe en el Capítulo 9.

- Servicios y artículos identificados en el Capítulo 4 con una nota al pie (†).
- Para cierta atención especializada de la red, su PCP debe solicitar que autoricemos el referido antes de que pueda consultar al proveedor de atención especializada de la red. Si autorizamos la referencia, será para un plan de tratamiento específico como se explicó anteriormente (consulte “Referencias a especialistas” para obtener más detalles).
- Si su proveedor de la red decide que usted necesita servicios cubiertos que no están disponibles de los proveedores de la red, recomendará al grupo médico que le dé un referido a un proveedor fuera de la red dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el Medical Group autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. Especifica la duración de la referencia sin tener que obtener nuestra aprobación adicional. Pregúntele a su proveedor de la red qué servicios se han autorizado si no está seguro. Si el especialista no pertenece a la red quiere que usted continúe recibiendo más atención, asegúrese de que la referencia cubra atención adicional. Si no es así, comuníquese con su proveedor de la red.
- Después de que nos notifiquen que usted necesita atención de posestabilización por parte de un proveedor que no pertenece a la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su afección con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita atención de posestabilización y que la atención estaría cubierta si la recibiera de un proveedor de la red, autorizaremos la atención por parte de un proveedor fuera de la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.
- Cirugía transgénero médicamente necesaria y procedimientos asociados.
- Cirugía bariátrica necesaria desde el punto de vista médico.
- Atención de una institución religiosa de cuidado de la salud no médica descrita en la sección 6 de este capítulo.
- Si su proveedor de la red hace una referencia por escrito o electrónica para un trasplante, el comité asesor regional de trasplantes del grupo médico y los Servicios Nacionales de Trasplantes (NTS) autorizará los servicios si determina que son necesarios desde el punto de vista médico o si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. En los casos en que no exista un comité o junta de trasplantes, el grupo médico lo referirá a médicos en un Centro

de excelencia de trasplantes. Se emitirá una autorización para los servicios de trasplante necesarios desde el punto de vista médico o se cubrirá de acuerdo con las pautas de Medicare en colaboración con el especialista de referencia de Kaiser Permanente y el equipo de trasplantes en el Centro de excelencia.

- Para las hospitalizaciones de pacientes que no sean de emergencia, el Grupo médico y nuestro plan coordinarán su atención y determinarán en qué hospital o centro será hospitalizado. 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, rehabilitación para pacientes hospitalizados u otros establecimientos para pacientes hospitalizados. 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 de urgencia.

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

Podemos realizar cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan durante el año. Si su médico o especialista abandona su plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones que se resumen a continuación:

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar en el transcurso del año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención médica primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, le notificaremos si ha consultado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si cualquiera de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si se le asigna el proveedor, si actualmente recibe atención de ellos o si los ha consultado en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar que continúe el tratamiento o las terapias necesarios desde el punto de vista médico que está recibiendo y trabajaremos con usted para garantizarlo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto necesario desde el punto médico fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado

para satisfacer sus necesidades médicas. Comuníquese con nosotros para que podamos autorizar los servicios.

- Si se entera de que su médico o especialista va a abandonar el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que administre su atención médica.
- Si considera que no le hemos proporcionado un proveedor calificado que reemplace a su proveedor anterior o que su atención no se administra adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la QIO, una queja formal sobre la calidad de la atención a nuestro plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

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

- Servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y saber a qué nos referimos con servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Nosotros o el Medical Group autorizamos una referencia a un proveedor fuera de la red, según se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de atención de diálisis certificado por Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Si visita el área de servicio de otra región de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos tipos de atención médica cubiertos de acuerdo con esta *Evidencia de Cobertura* de los proveedores designados en dicha área de servicio. Por favor llame a nuestra Línea sobre cómo obtener atención cuando viaja al 1-951-268-3900 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto días festivos), o visite nuestro sitio web en kp.org/travel para obtener más información sobre cómo recibir atención cuando visite el área de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y ubicaciones de los centros de atención. Kaiser Permanente se encuentra en California, Distrito de Columbia, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia y Washington. Nota: Nuestra línea de atención para viajeros también puede responder a preguntas sobre los servicios de atención de urgencia o emergencia cubiertos que recibe en entornos que no pertenecen a la red, incluido cómo obtener el reembolso.
- Servicios cubiertos por el beneficio de punto de servicio (POS) de Care Plus que se describe a continuación.

Beneficio de punto de servicio (POS)

- Nuestro plan incluye un beneficio de punto de servicio (POS). Esto significa que, como miembro de nuestro plan, si se encuentra en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos y sus territorios, puede optar por recibir parte de su atención ambulatoria de proveedores

fuera de la red hasta el monto anual de cobertura de beneficios. Sin embargo, si utiliza un proveedor fuera de la red, su parte de los costos de los servicios cubiertos será mayor. Para obtener información sobre los servicios a pacientes ambulatorios cubiertos y los costos compartidos, vea el Capítulo 4, Sección 2.2, después del Cuadro de Beneficios Médicos.

- Aquí hay otras cosas importantes que debe saber sobre el uso de proveedores fuera de la red bajo este beneficio POS:
 - No todos los servicios que están cubiertos por los beneficios HMO de nuestro plan están cubiertos por el beneficio POS. Por ejemplo, la atención para pacientes hospitalizados, la cirugía ambulatoria, los centros de enfermería especializada y los medicamentos de la Parte D no están cubiertos por este beneficio adicional.
 - El beneficio POS tiene un monto anual de cobertura de beneficios total, también llamado máximo de beneficio, lo que significa que usted es responsable de todos los costos de los servicios que excedan el monto anual de cobertura de beneficios. El monto anual de la cobertura de beneficios es el monto máximo en dólares que nuestro plan pagará a los proveedores fuera de la red por sus servicios cubiertos.
 - Su costo compartido bajo el beneficio POS no se aplica al monto máximo anual de gastos de bolsillo (Maximum Out-Of-Pocket, MOOP).
 - Puede obtener sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare. Si recibe un servicio de un proveedor que no participa en Medicare, el reembolso se basará en el programa de tarifas de Medicare. Es posible que deba pagar el costo total del servicio en el lugar del servicio y presentar un reclamo de reembolso. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que participa en Medicare, o visite www.medicare.gov para obtener una lista de proveedores elegibles de Medicare.
 - No necesita obtener una referencia ni una autorización previa cuando recibe atención de proveedores fuera de la red con su beneficio POS. Sin embargo, antes de recibir servicios de proveedores fuera de la red, puede llamar a Servicio a los Miembros para informarnos que va a usar un proveedor fuera de la red y confirmar que los servicios que está recibiendo están cubiertos. Esto es importante porque si luego determinamos que los servicios no están cubiertos, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total. Si denegamos el pago de los servicios que recibe, tiene derecho a apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para aprender cómo presentar una apelación.
 - El proveedor que elija podría presentar el reclamo en su nombre. Si el proveedor no presenta un reclamo en su nombre, debe presentarnos un reclamo para obtener el reembolso. Para obtener más información sobre cómo enviar un reclamo, consulte el Capítulo 7, Sección 2. Usted es responsable de cualquier cargo y debe presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante una catástrofe

Sección 3.1 Cómo recibir atención médica si tiene una emergencia médica

¿Qué es una emergencia médica y qué debo hacer si tengo una?

Una **emergencia médica** es una situación en la que usted 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 (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la insuficiencia grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

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

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre 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. También cubrimos servicios médicos durante la emergencia.

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

Nos asociaremos con los médicos que le brinden la atención de emergencia para ayudar a coordinar su atención y darle seguimiento. Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándole hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes sobre atención adicional. Cubriremos la atención de posestabilización de seguimiento, según las pautas de Medicare. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener una autorización para atención de posestabilización antes de que usted reciba la atención del proveedor que no pertenece a la red. En la mayoría de los casos, solo deberá hacerse cargo de los gastos si recibe una notificación nuestra o del proveedor fuera de la red sobre su posible responsabilidad.

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

¿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, siempre que usted haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Sin embargo, una vez que el médico haya dicho que *no* era una emergencia, cubriremos la atención adicional solo si la recibe de una de estas dos formas:

- Acude con un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- *O* la atención adicional que recibe es considerada atención urgente y usted sigue las reglas para recibir la atención de urgencia (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

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

¿Qué son los servicios necesarios con urgencia?

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

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

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 las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, por favor llame al 1-800-777-7904 (TTY 711) o consulte el *Directorio de Proveedores* para obtener los números de teléfono para programar citas y recibir consejos.

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

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

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

Sección 3.3 **Cómo obtener atención durante un desastre**

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

Visite el siguiente sitio web: kp.org para obtener información sobre cómo recibir la atención necesaria durante un desastre.

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

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

Sección 4.1 **Puede pedirnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos**

Para informarse sobre qué hacer en caso de que haya pagado más del costo compartido del plan por los servicios cubiertos o de que haya recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Sección 4.2 **Si nuestro plan no cubre los servicios, usted tendrá que pagar el costo total**

Cubrimos todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico como se enumeran en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no están cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red que no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, también pagará el costo total de cualquier servicio que reciba después de que haya agotado sus beneficios para ese tipo de servicio cubierto. Cualquier monto que pague después de que el beneficio se termine no se tomará en cuenta para el monto del gasto máximo de bolsillo.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado *ensayo clínico*) es 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. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. En los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, por lo general, se solicita que voluntarios participen en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y con su interés expreso, 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. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo será responsable del costo compartido de la red por los servicios que reciba en ese ensayo. Si pagó más de lo que debía, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación para mostrarnos el monto que pagó. 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 informarnos u 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. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (national coverage determinations requiring coverage with evidence development, NCD-CED) y exención para dispositivos en investigación (investigational device exemption, IDE) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan.

Aunque no necesita una autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para los inscritos de Medicare Advantage por Original Medicare, le alentamos a informarnos con antelación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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

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

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

- Habitación y alimentación durante la 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.

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

Le ofrecemos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Suponga que le realizan un análisis de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte de los costos para esta prueba es de \$20 dólares de acuerdo con Original Medicare, pero la prueba sería de \$10 dólares en virtud de los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 estipulado de acuerdo con Original Medicare. Luego, informaría a su plan que recibió un servicio de un ensayo clínico aprobado y presentaría documentación, como una factura del proveedor al plan. El plan directamente le pagaría \$10. Por ende, su pago neto es de \$10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan. Tome en cuenta que para recibir pago de su plan, debe presentar documentación a su plan, tal como una factura del proveedor al plan.

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán ninguno de los siguientes servicios:**

- 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 o servicios que reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría tomografías computarizadas (TC) mensuales que formen parte del estudio si el tratamiento de su condición médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

- Los patrocinadores de la investigación habitualmente proporcionan los artículos y servicios sin cargo a cualquier persona inscrita en el ensayo.

¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica, visitando el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf.) Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

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

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

Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de salud

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

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- Nuestra cobertura del plan de servicios que recibe se limita a aspectos *no religiosos* de la atención.

- Si usted recibe servicios de este tipo de instituciones en un centro de atención, aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una condición médica que le permita recibir servicios cubiertos de atención para pacientes hospitalizados o de atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación con antelación de nuestro plan antes de que ingrese en el centro de atención, o no se cubrirá su estancia.

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

SECCIÓN 7 Reglas para obtener la propiedad del equipo médico duradero

Sección 7.1 ¿Será dueño del equipo médico duradero después de que realice una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan?
--

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital 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 ciertos tipos de DME son dueñas del equipo después de realizar copagos del equipo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de nuestro plan, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME rentados, independientemente de cuántos copagos realice para estos artículos 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.

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

Si no adquirió la titularidad del artículo de DME mientras pertenecía a nuestro plan, tendrá que hacer 13 pagos consecutivos nuevos después de cambiarse a Original Medicare para ser dueño del artículo. Los pagos que realice mientras esté inscrito en nuestro plan no se consideran.

Ejemplo 1: Realizó menos de 12 pagos consecutivos para el artículo en Original Medicare y luego se unió al plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no se consideran. Tendrá que realizar 13 pagos a nuestro plan para ser titular del artículo.

Ejemplo 2: Realizó menos de 12 pagos consecutivos para el artículo en Original Medicare y luego se unió al plan. Usted estaba en nuestro plan pero no había obtenido la membresía. Luego, se cambió a Original Medicare. Tendrá que realizar 13 pagos consecutivos nuevos para poder ser el titular del artículo después de regresar a Original Medicare. Todos los pagos previos (a nuestro plan o a Original Medicare) no se consideran.

Sección 7.2 Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare, nuestro plan cubrirá:

- El alquiler de equipos de oxígeno.
- La entrega de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Los tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y su contenido.
- El mantenimiento y los arreglos del equipo de oxígeno.

Si abandona nuestro plan o ya no requiere el equipo de oxígeno desde el punto de vista médico, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

¿Qué pasa si deja nuestro plan y regresa a Original Medicare?

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

Capítulo 4: Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)

SECCIÓN 1 Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

En este capítulo se incluye un Cuadro de Beneficios Médicos que enumera los servicios cubiertos y los montos que debe pagar por cada uno como miembro de nuestro plan. Más adelante en este capítulo, podrá encontrar información acerca de los servicios médicos que no están cubiertos y los límites que se aplican a ciertos servicios. 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 brindada en un centro de enfermería especializada y la responsabilidad civil de terceros). En la Sección 2.3 de este capítulo, se describen nuestros beneficios suplementarios opcionales.

Sección 1.1 Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos

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

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

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario de Medicare calificado (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.

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

Como usted está inscrito en un plan de Medicare Advantage, existe un límite en el monto total de los gastos de bolsillo cada año por servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Este límite se denomina monto de gastos máximos de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2025, este monto es **\$5,500**.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos de la red se toman en cuenta para este monto máximo de gastos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto de gastos máximos de bolsillo. Además, los montos que usted pague por algunos servicios no se toman en cuenta para el monto del gasto máximo de bolsillo. Estos servicios están señalados con un asterisco (*) en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto de los gastos máximos de bolsillo de **\$5,500**, no tendrá que pagar ningún otro costo de su bolsillo durante el resto del año correspondiente a los servicios cubiertos dentro de la red de las Partes A y B. Sin embargo, deberá seguir pagando las primas del plan y las primas de Medicare Parte B (a menos que esta última sea pagada por Medicaid o por algún otro tercero).

Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo

Como miembro de nuestro plan, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por el plan. Es posible que los proveedores no agreguen cargos adicionales independientes como **facturación de saldos**. Esta protección se 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 del proveedor.

Esta protección funciona de la siguiente forma:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad establecida de dinero, por ejemplo, \$15), entonces 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 nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se especifica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pero que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, tal como cuando obtiene una referencia o para emergencias o servicios que se necesitan con urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene un referido, para las emergencias o fuera del área de servicio para servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le facturó saldos, llame a Servicio a los Miembros.

SECCIÓN 2 Consulte en este *Cuadro de Beneficios Médicos* qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos

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

El Cuadro de Beneficios Médicos que aparece en las siguientes páginas indica qué servicios cubrimos y qué gastos de bolsillo paga por cada servicio. La cobertura de los medicamentos recetados se describe en el Capítulo 5. Los servicios que se mencionan en el Cuadro 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.
- Sus servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser necesarios desde el punto de vista médico. Necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, artículos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica y que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos inscritos, su plan MA de atención coordinada debe proporcionar un período mínimo de transición de 90 días, tiempo durante el cual el nuevo plan MA no podrá requerir autorización previa para ningún ciclo de tratamiento activo, incluso si el tratamiento activo era para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, a menos que se trate de atención de urgencia o emergencia o a menos que nuestro plan o un proveedor de la red le hayan dado una referencia. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación con antelación antes de que pueda acudir con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama darle una **referencia**.
- Algunos de los servicios que se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación con antelación (a veces llamada **autorización previa**). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener más información sobre las autorizaciones previas, incluidos los servicios que requieren autorización previa y que no se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos.

- Si su plan de atención coordinada aprueba una solicitud de autorización previa para un ciclo de tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo médicamente razonable y necesario para evitar interrupciones en la atención, de acuerdo con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor tratante.


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 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare también están cubiertos por nosotros sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido a la atención recibida para la condición médica existente.
- Si Medicare agrega la cobertura de algún servicio nuevo durante 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.



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

Cuadro de Beneficios Médicos

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal†</p> <p>Una ecografía de detección única para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero clínico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.</p>
<p>Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor crónico en la parte baja de la espalda se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dura 12 semanas o más; • no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no está asociado a una cirugía, y • no está asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (según se define en 1861[r][1] de la Ley del Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos profesionales (Physician assistant, PA), enfermeros practicantes</p>	<p>Usted paga \$5 por consulta.</p>




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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>(nurse practitioner, NP) o especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialist, CNS) (según se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y personal auxiliar pueden prestar servicios de acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que proporciona acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por las regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>	
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios cubiertos de ambulancia, ya sean para una situación de emergencia o que †no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestre hacia el centro de atención más cercano que pueda brindar atención si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría comprometer la salud de la persona o en caso de que sean autorizados por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, debe documentarse que la afección del miembro es de tal magnitud que otros medios de transporte pueden poner en peligro su salud, y que el traslado en ambulancia es necesario desde el punto de vista médico.</p> <p>También cubrimos servicios de una ambulancia autorizada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluso el transporte a través del sistema de respuesta a emergencias 911 donde</p>	<p>Usted paga \$225 por cada viaje.</p>




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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>esté disponible) si cree razonablemente que tiene una condición médica de emergencia y cree razonablemente que su condición necesita la asistencia clínica de servicios de transporte en ambulancia.</p>	
<p> Exámenes físicos de rutina anuales</p> <p>Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para esta atención preventiva.</p>
<p> Visita para el bienestar anual</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted tiene derecho a una visita para el 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.</p> <p>Nota: Su primera visita para el bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para estar cubierto por las visitas de bienestar anuales después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea†</p> <p>Para las personas calificadas (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: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad del hueso, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a la densitometría ósea cubierta por Medicare.</p>



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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia para las mujeres de entre 35 y 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca†</p> <p>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.</p>	<p>Usted paga \$40 por consulta.</p>
<p> Consulta para la reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para la enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta visita, 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.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para las enfermedades cardiovasculares.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares†</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías relacionadas con un riesgo elevado de padecer enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las pruebas de enfermedades cardiovasculares que se cubren cada 5 años.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Examen de detección de cáncer cervicouterino y vaginal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes ginecológicos 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 3 años: Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubrimos solamente la manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación. <ul style="list-style-type: none"> ○ Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de quiroprácticos de la red, consulte el <i>Directorio de Proveedores</i>. 	<p>Usted paga \$5 por consulta.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal†</p> <p>Las siguientes pruebas de detección están cubiertas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen un alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente se sometió a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.</p> <p>Si su médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y usted paga \$0.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de detección de sangre oculta en materia fecal para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes sin alto riesgo y mayores de 45 años. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de obtener una resultado positivo en un análisis de heces no invasivo, cubierto por Medicare, para detectar cáncer colorrectal.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos realizados durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, la extirpación de pólipos). • Las colonoscopias después de una prueba gFOBT o FIT positiva o una prueba de detección de sigmoidoscopia flexible. <p>Nota: Otras colonoscopias están sujetas a los costos compartidos correspondientes mencionados en esta tabla.</p>	\$0
<p>Servicios dentales*</p> <p>En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare actualmente paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias,</p>	\$0

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica principal de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o exámenes orales previos al trasplante de riñón.</p> <p>Atención dental preventiva</p> <p>Además, cubrimos los servicios dentales preventivos cuando los brindan proveedores participantes de LIBERTY Dental Plan y están sujetos a las exclusiones y limitaciones, incluidos los límites de visitas, que se describen en la Sección 3.2 de este capítulo. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación bucal periódica (D0120): limitada a dos por año calendario. • Evaluación bucal limitada enfocada en el problema (D0140) • Evaluación bucal integral, paciente nuevo o existente (D0150): limitada a una vez cada tres años calendario. • Profilaxis (D1110): limitada a dos por año calendario. Una adicional para pacientes con antecedentes documentados de enfermedad de las encías. • Fluoruro tópico (D1206 o D1208): limitado a uno por año calendario. • Serie completa intrabucal de imágenes radiográficas (D0210): limitada a una cada tres años calendario. • Radiografías de mordida (D0270, D0272, D0273, D0274, D0277): limitadas a un conjunto por año calendario. • Imágenes radiográficas intrabucales-periapicales (D0220, D0230). • Imagen radiográfica panorámica (D0330). 	

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> Asesoramiento nutricional (D1310): limitado a uno por año calendario. <p>Atención dental integral†</p> <p>La atención dental integral está cubierta hasta un límite anual de beneficios de \$2,000, cuando lo realizan los proveedores participantes de LIBERTY Dental Plan y está sujeta a las exclusiones y limitaciones, incluidos los límites de visitas, descritas en la Sección 3.2 de este capítulo. Visite Libertydentalplan.com/kaiserdentists para obtener un listado de dentistas participantes o llame a Servicio a los Miembros en LIBERTY Dental Plan al 1-888-650-1859 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. No están cubiertos los servicios realizados por dentistas no participantes. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <p>Servicios de restauración menores:</p> <ul style="list-style-type: none"> Amalgama (D2140, D2150, D2160, D2161) y empastes compuestos (D2330, D2331, D2332, D2335, D2391, D2392, D2393, D2394): limitados a uno por diente por superficie cada dos años calendario. <p>Servicios de restauración importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Incrustaciones (inlays) (D2510, D2520, D2530, D2610, D2620, D2630) y recubrimientos (onlays) (D2542, D2543, D2544, D2642, D2643, D2644): limitados a uno por diente cada cinco años.† Coronas (D2740, D2750, D2751, D2752, D2790, D2791, D2792, D2794): limitadas a una por diente cada cinco años.† Recementar o readherir corona (D2920). Restauración protectora (D2940). Base restauradora para una restauración indirecta (D2949): limitada a una por diente cada cinco años. 	<p>Coseguro del 50% para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$2,000 (límite anual de beneficios). Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$2,000 para la atención dental integral, usted paga el 100% durante el resto del año.</p> <p>Nota: Tiene cobertura dental integral adicional si está inscrito en Advantage Plus Opción 1 y/o Advantage Plus Opción 2, nuestros paquetes de beneficios suplementarios opcionales. Para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Reconstrucción de muñones, incluidos los pines cuando sea necesario (D2950): limitada a una por diente cada cinco años.† • Poste y muñón además de la corona, fabricados indirectamente (D2952) y cada poste adicional fabricado indirectamente, mismo diente (D2953) o poste y muñón prefabricados además de la corona (D2954) y cada poste prefabricado adicional, mismo diente (D2957): limitado a uno por diente cada cinco años.† <p>Servicios de endodoncia†:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recubrimiento pulpar (directo o indirecto) (D3110, D3120). • Medicamento colocado debajo de limaduras para promover la cicatrización de la pulpa (D3123). • Terapia de endodoncia, diente anterior, premolar o molar (D3310, D3320, D3330): limitado a uno por diente de por vida. • Retratamiento de una endodoncia anterior en diente anterior, premolar o molar (D3346, D3347, D3348): limitado a uno por diente de por vida. <p>Periodoncia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular (D4341, D4342): limitado a uno por cuadrante cada dos años calendario. Solo se pagan 2 cuadrantes en el mismo servicio.† • Desbridamiento de la boca completa para permitir una evaluación y un diagnóstico bucal integral en una visita posterior (D4355): limitado a uno cada tres años calendario. • Aplicación localizada de agentes antimicrobianos por medio de un vehículo de liberación controlada en el tejido crevicular enfermo, por diente (D4381). 	

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Mantenimiento periodontal (D4910): limitado a dos por año calendario, dentro de los dos años calendario de la terapia periodontal definitiva. <p>Prostodoncia, extraíble:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentaduras postizas completas o parciales: 1 de (D5110-D5226) por arco cada 5 años. • Dentadura postiza completa: maxilar/mandibular (D5110, D5120)† • Dentadura postiza inmediata: maxilar/mandibular (D5130, D5140)† • Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular: esqueleto metálico preformado con bases de resina para dentadura postiza (D5213, D5214)† • Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular inmediata, base de resina (D5221, D5222)† • Dentadura postiza parcial maxilar/mandibular, base flexible (D5225, D5226)† • Ajuste de la dentadura postiza completa maxilar/mandibular (D5410, D5411): limitado a dos por dentadura postiza por año. • Ajuste de la dentadura postiza parcial maxilar/mandibular (D5421, D5422): limitado a dos por dentadura postiza por año. • Reparación de la base de la dentadura postiza completa rota, maxilar/mandibular (D5511, D5512): limitada a una por dentadura postiza por año. • Reemplazo de dientes perdidos o rotos, dentadura postiza completa (cada diente) (D5520): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Reparación de la base de resina de la dentadura postiza parcial, mandibular/maxilar (D5611, D5612): limitada a una por dentadura postiza por año. • Reparación de la estructura parcial de yeso, mandibular/maxilar (D5621, D5622): limitada a una por dentadura postiza por año. 	


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Recapado de dentadura postiza maxilar/mandibular completa (directa) (D5730, D5731): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Recapado de dentadura postiza maxilar/mandibular parcial (directa) (D5740, D5741): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Recapado de dentadura postiza maxilar/mandibular completa (indirecta) (D5750, D5751): limitado a uno por dentadura postiza por año. • Rebase de dentadura postiza maxilar/mandibular parcial (indirecta) (D5760, D5761): limitado a uno por dentadura postiza por año. <p>Prostodoncia, fija:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pónticos (D6210, D6211, D6212, D6240, D6241, D6242, D6245): limitados a uno por diente cada cinco años.† • Pónticos (D6214): limitados a uno por diente cada cinco años. • Coronas de retención (D6740, D6750, D6751, D6752, D6790, D6791, D6792): limitadas a una por diente cada cinco años.† • Coronas de retención (D6794): limitadas a una por diente cada cinco años. • Recementado o readhesión de dentadura postiza parcial fija (D6930). <p>Cirugía bucal y maxilofacial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción, remanentes coronales, diente primario (D7111): limitados a uno por diente de por vida. • Extracción de diente avulsionado o raíz expuesta (extracción por elevación y/o fórceps) (D7140): limitada a uno por diente de por vida. • Extracción, diente avulsionado que requiere la extracción del hueso y/o el seccionamiento de un diente e incluye la elevación del colgajo 	



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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>mucoperióstico si está indicado (D7210): limitada a una por diente de por vida.†</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extracción de restos radiculares (procedimiento de corte) (D7250): limitada a una por diente de por vida.† • Incisión y drenaje de abscesos, tejido intrabucal blando (D7510, D7511). <p>Servicios generales complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento paliativo (de emergencia) de dolor dental, procedimiento menor (D9110). • Sedación profunda/anestesia general (D210, D9211, D9212, D9222, D9223, D9239, D9243, D9248)† • Inhalación de óxido nitroso/analgesia, ansiólisis (D9230).† 	
<p>También cubrimos los servicios dentales necesarios para garantizar que la cavidad bucal esté libre de infecciones antes de ser incluido en la lista de espera de trasplantes de células madre alogénicas/médula ósea, corazón, riñón, hígado, pulmón, páncreas y trasplantes de órganos múltiples. En el caso de un trasplante urgente, estos servicios pueden realizarse después del trasplante. El servicio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen y evaluación de la cavidad bucal. • Servicios de tratamiento, incluidas las extracciones necesarias para el trasplante. • Radiografías dentales relevantes. • Limpieza. • Tratamientos con fluoruro. 	<p>Visitas al consultorio médico \$40 por visita de atención especializada.</p> <p>Radiografías \$15 por visita para radiografía.</p> <p>Cirugía ambulatoria \$225 por visita de cirugía ambulatoria.</p>
<p> Detección de la depresión</p> <p>Cubrimos una evaluación de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la visita anual de detección de la depresión.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Prueba de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (que incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de azúcar en sangre anormal (glucosa). Las pruebas también se pueden cubrir si cumple otros requisitos, como tener sobrepeso y contar con antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p>Capacitación para el autocontrol de la diabetes, suministros y servicios para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • † Suministros para monitorear su glucosa en la sangre: Monitor de glucosa en la sangre, tiras reactivas para medir el nivel de glucosa en la sangre, dispositivos de lancetas y lancetas y soluciones de control de glucosa para comprobar la exactitud de las tiras reactivas y monitores. •  La capacitación para el autocontrol de la diabetes tiene cobertura solo si se cumplen ciertas condiciones. 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • † Para personas con diabetes que tienen la enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida por año calendario (incluidas las plantillas correspondientes) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye el ajuste. 	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados†</p> <p>(Para conocer la definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 así como la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento).</p> <p>Los artículos con cobertura incluyen, entre otros: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME 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.</p> <p>También cubrimos el siguiente equipo de fototerapia para uso en el hogar que no está cubierto por Medicare cuando sea necesario desde el punto de vista médico para las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linfoma cutáneo de células T. • Pitiriasis liquenoide crónica. • Prurigo y prurito recalcitrantes. • Liquen plano. • Eccema extendido grave para quienes los tratamientos tópicos han fallado. • Vitiligo en algunas circunstancias. 	<p>Usted paga un coseguro del 20%, excepto que paga \$0 para equipos de fototerapia para uso en el hogar.</p> <p>Equipos de oxígeno</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el coseguro del 20%, cada vez que recibe el equipo.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia corresponde a los servicios que:</p>	<p>Usted paga \$125 por las consultas en el Departamento de Emergencias.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • proporciona un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>Una emergencia médica es una 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 (y, si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.</p> <p>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.</p> <p>Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.</p>	<p>Este copago no se aplica si usted es ingresado directamente y de inmediato al hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es ingresado en el hospital como paciente ambulatorio, por ejemplo, si es admitido para observación).</p> <p>†Si recibe atención de emergencia en un hospital que no pertenece a la red y necesita atención para pacientes hospitalizados después de que se estabiliza su condición de emergencia, para que la atención que reciba siga teniendo cobertura, debe trasladarse a un hospital de la red o, bien, obtener una autorización del plan para recibir su atención para pacientes hospitalizados en un hospital que no pertenezca a la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviera en un hospital de la red.</p>
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass™)</p> <p>Se proporciona un beneficio de acondicionamiento físico a través del programa One Pass para ayudar a los miembros a tomar el control de su salud y a sentirse mejor. El programa One Pass incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gimnasios centros de acondicionamiento físico: Recibe una membresía con acceso a una amplia variedad de gimnasios dentro de la red a través de la red central y prémium. Los centros de acondicionamiento físico incluyen centros de acondicionamiento físico y estudios boutique nacionales, locales y comunitarios. Puede usar cualquier centro de la red y puede usar varios centros de acondicionamiento físico durante el mismo mes. 	<p>\$0</p>


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Acondicionamiento físico en línea: Tiene acceso a clases digitales de acondicionamiento físico en vivo y a entrenamientos a pedido a través de la aplicación móvil o el sitio web para miembros de One Pass. • Actividades sociales y de acondicionamiento físico: También tiene acceso a grupos, clubes y eventos sociales a través del sitio web para miembros de One Pass. • Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Si prefiere hacer ejercicio en casa, también puede escoger un kit de acondicionamiento físico en el hogar para fuerza, yoga o baile. Los kits están sujetos a cambios y, una vez seleccionados, no se pueden intercambiar. <p>Para obtener más información sobre los gimnasios y los centros de acondicionamiento físico participantes o los beneficios del programa, o para configurar su cuenta en línea, visite www.YourOnePass.com o llame al 1-877-614-0618 (TTY 711), de lunes a viernes, de 9 a. m. a 10 p. m.</p> <p>No se cubre lo siguiente: Servicios adicionales (tal como entrenamiento personal, clases grupales de acondicionamiento físico por una tarifa, horario de acceso ampliado o clases adicionales fuera de la oferta de membresía estándar).</p> <p>One Pass® es una marca registrada de Optum, Inc. en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y es un programa voluntario. El programa One Pass y los servicios que ofrece varían según el plan, el área y la ubicación. La información proporcionada por este programa solo tiene fines informativos generales y no pretende ser un consejo médico ni debe interpretarse como tal. One Pass no se hace responsable de los servicios o la información proporcionada por terceros. Las personas deben consultar a un profesional de la salud adecuado antes de iniciar cualquier programa de ejercicios o para decidir qué puede ser adecuado para ellas.</p>	


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Beneficio de acondicionamiento físico (memoria)</p> <p>Una suscripción al sistema de entrenamiento cerebral en línea (llamado Brain HQ) para mejorar la atención, la velocidad cerebral, la memoria, las habilidades sociales, la navegación y la inteligencia.</p>	<p>\$0</p>
<p> Programas de educación de salud y bienestar</p> <p>Estos programas se centran en estilos de vida saludables, por ejemplo, control de peso, control de la vejiga y prevención de caídas, y también en condiciones como diabetes, colesterol y el manejo del dolor. Los programas están diseñados para mejorar el bienestar de los miembros mediante clases que están disponibles en los centros médicos de Kaiser Permanente y clases en línea. En línea, hay otras herramientas y programas autoguiados disponibles que incluyen recetas, información sobre distintos temas de la salud, una enciclopedia de la salud, una enciclopedia de medicamentos, videos, asesoramiento digital, calculadoras de salud que ayudan a los miembros a revisar su progreso para mejorar sus programas de salud, caminatas y control de peso. El acceso a esta información y la inscripción en línea a las clases disponibles en su área se puede encontrar en kp.org/healthyliving después de que seleccione su región.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios para la audición</p> <ul style="list-style-type: none"> • †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. • †Audífonos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ofrecemos una asignación de hasta \$1,000 por audífono, por oído, que puede usar para comprar un audífono cada 36 meses. Si se necesitan dos 	<p>Usted paga \$40 por visita.</p> <p>Si el audífono que compra cuesta más de \$1,000, usted debe pagar la diferencia.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>audífonos para proporcionar una mejoría importante que no se puede conseguir con un solo audífono, cubriremos un audífono para cada oído. La asignación de \$1,000 por oído solo se puede usar una vez en un período de 36 meses.</p>	<p>Nota: Su asignación aumenta si se inscribe en Advantage Plus Opción 1 (para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Evaluación y ajustes de los audífonos. • †Visitas para comprobar que los audífonos corresponden con la receta médica. • †Visitas para el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía. 	<p>\$0</p>
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>En personas que solicitan una prueba de detección del VIH o en riesgo alto de tener infección por VIH, cubriremos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una prueba de detección cada 12 meses. • En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para las pruebas de detección preventiva del VIH cubiertas por Medicare.</p>
<p>Cuidados paliativos en el hogar†</p> <p>Los servicios que no cubre Medicare en el hogar se brindan como cuidados paliativos para aliviar los síntomas de los miembros con enfermedades terminales y una esperanza de vida de entre 7 y 12 meses. Los servicios incluyen apoyo de cuidados paliativos interdisciplinarios no cubiertos por Medicare de médicos, enfermeros y otros profesionales clínicos de salud que brindan servicios en el hogar.</p>	<p>\$0</p>
<p>Servicios de una agencia de atención de salud domiciliaria</p> <p>Antes de recibir servicios de salud domiciliaria, un médico debe certificar que necesita recibir estos servicios y solicitarlos a una agencia de atención de salud domiciliaria. Debe ser una persona confinada en casa, lo cual significa que salir de casa implica un esfuerzo importante.</p>	<p>\$0</p> <p>Nota: No existe costo compartido por servicios de atención médica a domicilio y artículos proporcionados de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo,</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio (para que los cubra el beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y auxiliares de salud a domicilio deben sumar menos de 8 horas al día y 35 horas a la semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo y suministros médicos. 	<p>se aplicarán el costo compartido correspondiente mencionado en este Cuadro de beneficios médicos si el artículo tiene cobertura bajo otro beneficio; por ejemplo, equipo médico duradero no proporcionado por una agencia de atención médica a domicilio.</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar†</p> <p>La terapia de infusiones en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a un individuo en el hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), equipo (por ejemplo, una bomba) y suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención. • Capacitación y educación para el paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero. • Monitoreo remoto. • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusiones en el hogar y medicamentos de infusiones en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusiones en el hogar. 	<p>\$0 para servicios profesionales, capacitación y seguimiento.</p> <p>Nota: Los componentes (como medicamentos de Medicare Parte B, DME y suministros médicos) necesarios para realizar una infusión en el hogar pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes que se enumeran en otra parte de esta Cuadro de Beneficios Médicos, según el artículo.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El medicamento recetado está en la lista de medicamentos cubiertos de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar. 	<p>\$0</p> <p>Nota: Si un suministro o medicamento para infusión en el hogar no lo surte una farmacia de la red de infusión para el hogar, el suministro o el medicamento puede estar sujeto a los costos compartidos correspondientes mencionados en este documento según el servicio.</p>
<p>Atención médica domiciliaria no cubierta por Medicare (Advanced Care at Home)</p> <p>Cubrimos la atención médica en el hogar que no está cubierta por Medicare cuando un médico lo considere médicamente apropiado según su estado de salud, para brindarle otra opción aparte de recibir atención de problemas médicos agudos en un hospital. Los servicios en el hogar deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recetados por un médico del hospital de la red que haya determinado que, en función de su estado de salud, plan de tratamiento y entorno en el hogar, puede ser tratado de manera segura y eficaz en el hogar. • Elegidos por usted porque prefiere recibir la atención descrita en su plan de tratamiento en su hogar. <p>Brindaremos los siguientes servicios y artículos en su hogar de acuerdo con su plan de tratamiento durante el tiempo que los recete un médico de hospital de la red:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultas domiciliarias de enfermeros registrados y otros profesionales de la salud de acuerdo con el plan de tratamiento de atención domiciliaria y el alcance de la práctica y la licencia del proveedor. • El siguiente equipo es necesario para garantizar que se lo controle adecuadamente en su hogar: manga o monitor de presión arterial, oxímetro de pulso, báscula y termómetro. 	<p>\$0</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Imágenes diagnósticas móviles y pruebas tales como análisis de laboratorio, electrocardiogramas (ECG) y ecografías.</p>	
<p>Además, para los servicios y artículos cubiertos por Medicare que se enumeran a continuación, el costo compartido indicado en otra parte de este Cuadro de Beneficios Médicos no se aplica cuando los servicios y artículos se recetan como parte de su plan de tratamiento en el hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos. • Consultas a domicilio o visitas al consultorio del auxiliar médico y del enfermero especializado. • Los siguientes servicios en un centro de la red si los servicios son parte de su plan de tratamiento en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Visitas al Departamento de Emergencias asociadas con este beneficio. ○ Visitas ambulatorias para observación asociadas con este beneficio. <p>El costo compartido indicado en otra parte de este Cuadro de Beneficios Médicos se aplicará a todos los demás servicios y artículos que no forman parte de su plan de tratamiento en el hogar (por ejemplo, suministros médicos no relacionado con su plan de tratamiento en el hogar) o que son parte de su plan de tratamiento en el hogar, pero no se proporcionan en su hogar excepto como se indica antes. Nota: Para obtener información sobre el costo compartido de los medicamentos recetados, consulte la sección de medicamentos recetados de Medicare Parte B en esta tabla y el Capítulo 6 para los medicamentos recetados de Medicare Parte D.</p>	<p>\$0</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cuidados paliativos</p> <p>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 certificando que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posea, controle o en los que tenga un interés financiero. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de ella.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Atención a domicilio. <p>Cuando le aceptan en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, deberá continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>* Servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos y todo servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan.</p>


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p><u>Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal:</u> Si requiere servicios que no son de emergencia y no se necesitan con urgencia y que 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 y cumple con las reglas del plan (tal como si existe un requisito de obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las reglas del plan para la obtención del servicio, solo debe pagar el monto del costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red. • * Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, debe pagar el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Original Medicare). <p><u>Servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:</u> Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios.</p> <p><u>En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:</u> <u>Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, entonces usted paga el costo compartido de Original Medicare.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte más información en la Sección 9.4 del Capítulo 5, (<i>¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico</p>	

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios.	
Cubrimos servicios de asesoría sobre cuidados paliativos (solo en una ocasión) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	Usted paga \$5 por visita de atención médica primaria y \$40 por visita de atención especializada.
<p> Vacunaciones</p> <p>Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe/influenza, una vez cada temporada de gripe/influenza en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe/influenza adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. • Vacunas contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. <p>También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener información adicional.</p>	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la gripe/influenza, la hepatitis B y el COVID-19.
<p>Atención para pacientes hospitalizados†</p> <p>Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en el que se lo admite formalmente en el hospital por pedido de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado.</p>	<p>El costo compartido se aplica a cada hospitalización.</p> <p>Usted paga \$280 por día para los días 1 a 6.</p> <p>Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>No hay un límite en la cantidad de días o servicios hospitalarios necesarios desde el punto de vista médico proporcionados normalmente por hospitales generales de atención aguda. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios normales de enfermería. • El costo de unidades especiales de atención (tales como las unidades de cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como una silla de ruedas. • Costos de uso del quirófano y de la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Tratamiento para el abuso de sustancias para pacientes internados. • En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de 	<p>\$0. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p> <p>†Si recibe atención para paciente hospitalizado en un hospital que no pertenece a la red después de estabilizarse su condición de emergencia, el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Nota: Si es ingresado al hospital en el año 2024 y no es dado de alta hasta algún momento de 2025, el costo compartido de 2024 se aplicará a esa hospitalización hasta que reciba el alta hospitalaria o sea transferido a un centro de enfermería especializada.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>trasplante en una ubicación distante, fuera del área de atención de trasplantes en su comunidad y elige obtener trasplantes en esta ubicación distante, organizaremos o pagaremos sus costos de alojamiento y de transporte adecuados y un acompañante, de acuerdo con nuestras pautas de viajes y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Servicios de un médico. 	
<p>Nota: Para ser un paciente interno, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como un paciente interno del hospital. 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 ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea 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.</p>	
<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofrecemos cobertura hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. El número de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce en el número de días como paciente hospitalizado para recibir tratamiento de salud mental cubierto previamente por Medicare en un hospital psiquiátrico. 	<p>El costo compartido se aplica a cada hospitalización.</p> <p>Paga \$280 por día en los días 1 a 6 de una hospitalización.</p> <p>Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de \$0. Además, no paga el copago del día del alta hospitalaria mencionado anteriormente, a menos que sea admitido y dado de alta el mismo día.</p> <p>Nota: Si es ingresado al hospital en el año 2024 y no es dado de alta hasta algún momento de 2025, el</p>



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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • El límite de 190 días no se aplica a las estadias por problemas de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general. 	<p>costo compartido de 2024 se aplicará a esa hospitalización hasta que reciba el alta hospitalaria o sea transferido a un centro de enfermería especializada.</p>
<p>Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) durante una hospitalización no cubierta†</p> <p>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 estadia 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, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. • Aparatos protésicos u ortésicos (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, 	<p>Si su estadia como paciente hospitalizado o en un SNF ya no está cubierta, continuaremos cubriendo los servicios de Medicare Parte B con el costo compartido aplicable que se indica en otra parte de este Cuadro de Beneficios Médicos cuando los proporcionen los proveedores de la red.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. 	
<p> Terapia médica nutricional†</p> <p>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de los riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón, cuando lo ordene el médico.</p> <p>Ofrecemos cobertura de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y posteriormente, 2 horas por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar el pedido cada año en caso de que necesite este tratamiento en el siguiente año calendario.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos de los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.</p>
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP tendrán cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para cambios de comportamiento de salud que proporciona capacitación práctica sobre cambios alimentarios a largo plazo, aumento en la actividad física y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Medicamentos recetados de Medicare Parte B†</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. La cobertura de medicamentos incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insulina que se suministra a través de un artículo de equipo médico duradero (tal como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que tome mientras usa el equipo médico duradero (como los nebulizadores) que hayan sido autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de coagulación que se administre usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia. • Trasplante/medicamentos inmunosupresores: Medicare cubre tratamiento farmacológico para trasplante si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento de recibir el trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Inmunoglobulina Intravenosa para el tratamiento en casa de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria. 	<p>Medicamentos administrados</p> <p>Usted paga \$0 o un coseguro del 20% según el medicamento (por favor llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro). Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.</p> <p>Otros medicamentos de la Parte B</p> <p>Para los medicamentos recetados de Medicare Parte B que se mencionan en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, usted paga lo siguiente hasta un suministro de 30 días, según el tipo de farmacia y medicamento:</p> <p>Farmacias de la red ubicadas en un centro de atención de Kaiser Permanente o en nuestra farmacia de pedidos por correo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$12 por medicamentos genéricos • \$45 por medicamentos de marca, excepto que paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de un artículo de DME. <p>Una farmacia afiliada a la red que ofrece costo compartido estándar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por medicamentos genéricos


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible como inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral que, cuando se lo ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que los nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre. • Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si son administrados antes de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se usan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal en fase terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible como inyección y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre. 	<ul style="list-style-type: none"> • \$47 por medicamentos de marca, excepto que paga \$35 por los medicamentos de insulina de la Parte B provistos a través de un artículo de DME.
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de ESRD, incluyendo el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. 	

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos para hacerse diálisis en el hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina, cuando sea médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulante de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene enfermedad renal en fase terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (tal como Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa). • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y parenteral). 	
<p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> • También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D. • En el Capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos recetados de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que se cubran las recetas médicas. Lo que usted paga por los medicamentos recetados de la Parte D por medio de nuestro plan se explica en el Capítulo 5. 	
<p> Prueba de detección y tratamiento de la obesidad para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención médica primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral.</p> <p>Hable con su médico o proveedor de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides†</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioide (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medicamentos agonistas y tratamiento asistido con medicamentos antagonistas (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU. • suministro y administración de medicamentos para MAT (si corresponde) 	<p>Usted paga \$0 o un coseguro del 20% para los medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente, según el medicamento, cuando son proporcionados por un Programa de Tratamiento de Opioides. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que estos medicamentos exceden el monto de inflación.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento de trastorno por abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas. 	<p>Usted paga \$40 por visita.</p>
<p>Pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios, y servicios y suministros terapéuticos†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rayos X. 	<p>Usted paga \$15 por consulta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio. • Electrocardiogramas (ECG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros quirúrgicos, como vendajes. • Férulas, yesos y otros aparatos usados para curar fracturas y luxaciones. 	<p>Coseguro del 20%</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Radiación y terapia de isótopos, incluidos los materiales y suministros del técnico. 	Usted paga \$40 por consulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: <ul style="list-style-type: none"> ○ †Imágenes por resonancia magnética (MRI), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (TEP). 	Usted paga \$180 por prueba.
<ul style="list-style-type: none"> ○ †Ecografías. 	Usted paga \$15 por procedimiento.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Cualquier prueba de diagnóstico o procedimiento especial que se haga en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o en un centro de cirugía ambulatoria, en un quirófano de hospital o en cualquier otro lugar, durante los cuales un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir sus sensaciones o minimizar el malestar. 	Usted paga \$225 por consulta.
<p>Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios†</p> <p>Los servicios de observación son servicios que se proporcionan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria.</p> <p>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.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente</p>	<p>Usted paga \$225 por hospitalización cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio.</p> <p>Nota: No hay cargos adicionales para las estadías de observación para pacientes ambulatorios cuando lo transfieren a observación desde un Departamento de Emergencias o tras una cirugía ambulatoria.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital 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.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea 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.</p>	
<p>Servicios hospitalarios para pacientes externos†</p> <p>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.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías facturadas por el hospital. 	<p>Departamento de Emergencias Usted paga \$125 por visita.</p> <p>Cirugía ambulatoria Usted paga \$225 por consulta. Consulte la sección “Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios” de este Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a los servicios de observación.</p> <hr/> <p>\$0</p> <hr/> <p>Usted paga \$15 por visita.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • otros servicios de radiología facturados por el hospital 	<p>MRI, TC y TEP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$180 por procedimiento. <p>Ecografías</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usted paga \$15 por procedimiento.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Usted paga \$5 por día para la hospitalización parcial.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Suministros médicos, como férulas y yesos. 	<p>Usted paga un coseguro del 20% por vendajes y suministros para el hogar.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede autoadministrarse. 	<p>Usted paga \$0 o un coseguro del 20% según el medicamento (por favor llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro). Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que estos medicamentos exceden el monto de inflación.</p>
<p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de los servicios del hospital 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.</p> <p>Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada <i>¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> Esta hoja informativa está disponible en línea en https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea 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.</p>	

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Atención de salud mental para pacientes ambulatorios†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de salud mental brindados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, consejero profesional con licencia (LPC), terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), profesional de enfermería avanzada (NP), asistente médico profesional (PA) u otro profesional de atención de la salud mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes estatales aplicables. 	<p>Usted paga lo siguiente por visita, según el tipo de visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por consulta de terapia individual. • \$10 por consulta de terapia grupal.
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes externos†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención ambulatoria, como los departamentos para pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).</p>	<p>Usted paga \$40 por visita.</p>
<p>Tratamiento ambulatorio para el trastorno por abuso de sustancias†</p> <p>El tratamiento para el abuso de sustancias está cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y si es razonable para la condición del paciente.</p>	<p>Usted paga los siguientes costos, según el tipo de visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por consulta de terapia individual. • \$10 por consulta de terapia grupal.

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cirugía para pacientes externos, incluidos los servicios proporcionados en clínicas para pacientes externos de un hospital y en centros quirúrgicos†</p> <p>Nota: Si lo van a operar en un hospital, debe preguntar a su proveedor si será como paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor haya hecho una orden de hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.</p>	<p>Usted paga \$225 por visita.</p>
<p>Además, cubrimos los siguientes procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) no cubierto por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los procedimientos de prostatectomía robótica y apendicectomía laparoscópica que no son de emergencia en un ASC, si la salud del miembro indica que se puede realizar el procedimiento de forma segura y eficaz en dicho entorno durante el horario de atención habitual del ASC. 	<p>Usted paga \$225 por visita.</p>
<p>Artículos de Venta Libre (OTC)</p> <p>Cubrimos los artículos que figuran en el catálogo de artículos de venta libre para entrega a domicilio sin costo. Puede pedir artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficio trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo se indica el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser de \$20. La parte que no se utilice del límite de beneficio trimestral no pasa al siguiente trimestre. Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite kp.org/otc/mas. Puede hacer un pedido por teléfono o solicitar que le enviemos por correo un catálogo impreso llamando al 1-833-881-1422 (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., PST.</p>	<p>Usted paga entre \$0 y el límite trimestral del beneficio de \$50.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos.†</p> <p>La <i>hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se proporciona en un centro hospitalario ambulatorio o en un centro de salud mental comunitario. Este programa es más intensivo que la atención que recibe en el consultorio de su médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT) o consejero profesional con licencia y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>Nota: Debido a que no hay centros de salud comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospitalización para pacientes externos.</p>	<p>Usted paga \$5 por día.</p>
<p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural y que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, terapeuta, terapeuta de matrimonio y familia con licencia o consejero profesional con licencia, pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p>	<p>Usted paga los siguientes costos, según el tipo de visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$20 por consulta de terapia individual. • \$10 por consulta de terapia grupal.
<p>Servicios de un médico o profesional de atención de salud, incluidas las visitas al consultorio del médico.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Atención médica o servicios de cirugía necesarios desde el punto de vista médico que se proporcionan en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. 	<p>Visitas al consultorio del médico</p> <p>Usted paga lo siguiente por visita, según el tipo de visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 por visita de atención primaria. • \$40 por visita de atención especializada.

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • †Consultas, diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • †Exámenes básicos de audición y equilibrio hechos por un proveedor de la red, si el médico lo indica para verificar 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 la cirugía de mandíbula o de estructuras relacionadas, la corrección de fracturas de la mandíbula o de los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación para una enfermedad neoplásica cancerosa o los servicios que tendrían cobertura si los proporcionara un médico). 	<p>†Cirugía ambulatoria Usted paga \$225 por consulta.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinados servicios de telesalud, que incluyen los siguientes: atención primaria y especializada, que incluye servicios de rehabilitación cardíaca, servicios de urgencia, servicios de terapia ocupacional, servicios de salud mental, podología, servicios psiquiátricos, fisioterapia y servicios de patología del habla o del lenguaje, pruebas y procedimientos de diagnóstico, abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, servicios de diálisis, servicios de educación sobre enfermedades renales, capacitación para el autocontrol de la diabetes, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización, cirugía o visita al Departamento de Emergencias. Los servicios solo se proporcionarán a través de telesalud cuando el proveedor de la red que preste el servicio lo considere clínicamente apropiado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios por medio de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que actualmente ofrece el servicio a través 	<p>\$0</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consultas interactivas por video para servicios profesionales cuando se puede proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ○ Consultas mediante citas telefónicas programadas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red. ● Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal crónica en fase terminal para miembros de diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. ● Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos de salud mental en los siguientes casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una consulta en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud. ○ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias. 	


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud con Calificación Federal. • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que usted no sea un paciente nuevo. ○ Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ Que la evaluación no implique una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas si se cumple lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Que usted no sea un paciente nuevo. ○ Que la evaluación no esté relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ○ Que la evaluación no dé lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible. • Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica. 	
<p>Servicios de podología†.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón de talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan a las extremidades inferiores. 	<p>Visitas al consultorio médico Usted paga \$40 por consulta.</p> <p>†Cirugía ambulatoria Usted paga \$225 por consulta.</p>



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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p> Pruebas de detección del cáncer de próstata</p> <p>En hombres de 50 años de edad o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital. • Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). 	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.</p>
<p>Aparatos protésicos y ortésicos y suministros relacionados†</p> <p>Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Esto incluye, entre otros, pruebas, ajustes o capacitación en el uso de los dispositivos protésicos y ortopédicos, así como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, abrazaderas, zapatos ortopédicos, extremidades artificiales y prótesis de seno (incluido el sostén quirúrgico después de una mastectomía). Se incluyen ciertos suministros relacionados con los aparatos protésicos y ortésicos y la 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 <i>Cuidado de la visión</i> más adelante en esta sección).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • \$0 para los aparatos internos implantados quirúrgicamente. • Coseguro del 20% por aparatos y suministros protésicos u ortésicos (incluidos los suministros para el cuidado de las heridas).
<p>También cubrimos estos artículos no cubiertos por Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calzado terapéutico no cubierto por Medicare para tratar afecciones vasculares periféricas y neuropatías que afectan las piernas y los pies. 	<p>Coseguro del 20%</p>
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar†</p> <p>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</p>	<p>Usted paga \$30 por visita.</p>


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>rehabilitación pulmonar por parte del médico tratante de la enfermedad respiratoria crónica.</p>	
<p> Prueba de detección del uso indebido de alcohol y asesoramiento para reducir su uso</p> <p>Cubrimos una prueba de detección del consumo indebido de alcohol en adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas), que consumen alcohol de forma indebida sin tener dependencia del alcohol.</p> <p>Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta 4 sesiones breves de asesoramiento cara a cara al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de atención primaria o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.</p>	<p>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.</p>
<p> Examen de detección de cáncer del pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT)</p> <p>Para las personas calificadas, se cubre una LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son los siguientes: Personas de 50 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 20 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden para una LDCT durante una visita de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas visitas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico.</p> <p>Para pruebas de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT después de la detección mediante LDCT: Los miembros deben recibir una orden para la prueba de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier consulta adecuada con un médico o un profesional no</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a las sesiones de asesoramiento y visitas para la toma compartida de decisiones cubiertas por Medicare, ni a la LDCT.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>médico calificado. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para los siguientes exámenes de detección de cáncer del pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.</p>	
<p> Prueba de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y Hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para embarazadas y algunas personas que tienen mayor riesgo de contraer una ITS cuando las ordena un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo.</p> <p>Además ofrecemos cobertura para hasta dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos, de asesoramiento conductual de alta intensidad cara a cara por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de ITS. 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.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS para prevenirlas.</p>
<p>Servicios para tratar las enfermedades renales†</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>\$0 por consulta.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3 o cuando el proveedor de este servicio no esté disponible temporalmente o sea inaccesible). 	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación para la autodiálisis (incluye la capacitación para usted y alguna persona que lo 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). 	<p>Usted paga un coseguro del 20%.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si es ingresado en un hospital como paciente interno para recibir atención especial). 	<p>No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la Sección “Atención para pacientes hospitalizados” de este Cuadro de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.</p>
<p>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.</p>	
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)†</p> <p>(Para leer la definición de atención en un centro de enfermería especializada, consulte el Capítulo 12 de este documento. Este tipo de centros de enfermería especializada a veces se conocen como SNF).</p>	<p>Usted paga lo siguiente por período de beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$0 para los días del 1 al 20. • \$203 por día para los días 21 a 100.


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluidas las sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como los factores de coagulación). • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • Suministros médicos y quirúrgicos que generalmente proporciona un SNF. • Análisis de laboratorio que generalmente proporciona un SNF. • Radiografías 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. <p>En general, usted recibirá la atención en un SNF de la red. Sin embargo, si cumple las condiciones que se mencionan a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido correspondiente a un centro de atención de la red para usar un centro de atención que no pertenece a la red, siempre y cuando el centro de atención acepte los montos que paga nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un centro de adultos mayores o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital 	<p>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 período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días calendario seguidos sin que esté internado en un hospital o un SNF.</p> <p>Nota: Si un periodo de beneficios comienza en 2024 para usted y no termina hasta alguna fecha de 2025, el costo compartido de 2024 continuará hasta que finalice el periodo de beneficios.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>(siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un SNF donde vive su cónyuge o pareja doméstica cuando usted deja el hospital. 	
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: Ofrecemos cobertura para dos intentos de dejar el hábito con asesoramiento en un periodo de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro visitas cara a cara.</p> <p>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco se le ofrece lo siguiente: Ofrecemos cobertura de los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. 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 visitas cara a cara.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.</p>
<p>Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET)†</p> <p>La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (Peripheral Artery Disease, PAD) sintomática y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un periodo de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.</p> <p>El programa de SET debe:</p>	<p>Usted paga \$25 por visita.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • 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. <p>Nota: La SET podría estar cubierta más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, con otras 36 sesiones durante un periodo prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	
<p>Servicios de transporte</p> <p>Cubrimos hasta 24 viajes sencillos por año calendario a las instalaciones de un proveedor de la red cuando los proporcione nuestro proveedor de transporte designado.</p> <p>Llame al 1-855-932-412 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para coordinar un viaje o averiguar cuántos viajes le quedan para el año (saldo de viajes). También puede programar viajes en línea en kpmas.member.saferidehealth.com. Los viajes se deben programar al menos dos horas antes de la hora en que deben recogerlo. Debe cancelar los viajes al menos 3 horas antes de la hora programada para que lo recojan. De lo contrario, se deducirá el viaje de su saldo de viajes anual.</p>	<p>\$0 para 24 viajes de ida por año calendario.</p>


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Servicios requeridos con urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, pero que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio, no sea razonable debido a su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de proveedores de la red con quienes nuestro plan tiene contratos. Su plan debe cubrir servicios que se necesitan con urgencia y solo cobrarle el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina a proveedores médicamente necesarias, tal como los exámenes médicos anuales, no se consideran de urgencia incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o nuestra red del plan no se encuentra disponible temporalmente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dentro de nuestra área de servicio: Debe obtener atención de urgencia de los proveedores de la red, a menos que nuestra red de proveedores no esté disponible o accesible temporalmente debido a una circunstancia inusual y extraordinaria (por ejemplo, un desastre mayor). • Fuera de nuestra área de servicio: Tiene cobertura para atención urgente en todo el mundo cuando viaja si necesita atención médica inmediata para una enfermedad o lesión imprevista y usted razonablemente creía que su salud se deterioraría si retrasaba el tratamiento hasta regresar a su área de servicio. <p>Consulte más información en la Sección 3 del Capítulo 3.</p>	<p>Visitas al consultorio médico Usted paga \$40 por visita.</p> <p>Visitas al departamento de emergencias Usted paga \$125 por las consultas en el Departamento de Emergencias.</p>


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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • †Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. • Original Medicare no cubre los exámenes de los ojos de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan incluye los siguientes exámenes: <ul style="list-style-type: none"> ○ †Exámenes de rutina de los ojos (exámenes de optometría) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas médicas para anteojos. 	<p>Usted paga los siguientes costos, según el tipo de visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$5 por visita con el optometrista. • \$40 por visita con un oftalmólogo.
<ul style="list-style-type: none"> •  Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Entre las personas con riesgo alto de padecer glaucoma se encuentran: personas que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años. • †La prueba de detección de retinopatía diabética y el monitoreo están cubiertos una vez por año para las personas que tienen diabetes. 	<p>\$0</p>
<ul style="list-style-type: none"> • †Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular. (Si tiene dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera operación y comprar dos pares de anteojos después de la segunda operación). • †Lentes o armazones correctivos (y su reemplazo) necesarios después de una cirugía de cataratas sin implante de cristalino. 	<p>Coseguro del 20%</p> <p>*Nota: Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • †Otros artículos para la visión: Una vez cada 24 meses, le proporcionamos una asignación de \$250 para comprar un artículo para la visión en un centro de atención óptica del plan, cuando un médico o un optometrista le receta anteojos o lentes de contacto para corrección de la visión. • La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lentes para anteojos cuando un proveedor de la red pone los lentes en un armazón. ○ Armazones para anteojos con fines refractivos. ○ Armazón de anteojos cuando un proveedor de la red pone dos lentes (al menos uno de los cuales debe tener un valor de refracción) en el armazón. ○ Adaptación y entrega de lentes de contacto. • No otorgaremos la asignación para lentes ni armazones (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 24 meses. • La asignación solo se puede usar en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no puede usarla más adelante. <p>Nota: Esta asignación no corresponde para artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas.</p>	<p>*Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación de \$250, usted paga la diferencia.</p> <p>Nota: Su asignación aumenta si se inscribe en Advantage Plus Opción 1 (para obtener más detalles, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).</p>
<p> Visita preventiva de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Cubrimos una visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Esta visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y referencias para otro tipo de atención, si es necesaria.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> solo dentro de los primeros 12 meses de estar inscrito en Medicare Parte B. Cuando haga la cita, avise al consultorio de su médico que desea programar la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta preventiva de Bienvenido a Medicare.</p>

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Lo que debe pagar al recibir estos servicios
<p>Nota: Consulte información sobre la coordinación de beneficios correspondiente a todos los servicios cubiertos que se describen en este Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 1 (Sección 7) y el Capítulo 11.</p>	

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

* El costo compartido por estos servicios o artículos no se toma en cuenta en el cálculo del monto de gastos máximos de bolsillo.

Sección 2.2 Beneficio adicional de punto de servicio (POS) de Care Plus

Para todos los miembros del plan, si se encuentran en cualquier lugar dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continuas, y otros exámenes y servicios ambulatorios, obtenidos de proveedores de Medicare que no pertenecen a la red que no excedan los \$1,500 del monto máximo de beneficio anual en cargos cubiertos por el plan por año calendario. Una vez que alcance el monto anual de cobertura de beneficios de \$1,500 por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el monto anual de cobertura de beneficios.

Servicios cubiertos bajo el beneficio POS	Lo que debe pagar*
Visitas de atención especializada, incluidos exámenes de audición cubiertos por Medicare, exámenes de podología cubiertos por Medicare, servicios de oftalmólogo cubiertos por Medicare y evaluación y tratamiento de alergias	\$50 por consulta
Visitas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$50 por consulta
Visitas de rehabilitación cardíaca y rehabilitación cardíaca intensiva	\$50 por consulta
Radiografías, ecografías, mamografías de diagnóstico y otras imágenes básicas	\$50 por servicio
Análisis de laboratorio	\$50 por prueba, excepto las pruebas de laboratorio de A1c, LDL e INR, que son de \$0
Electrocardiogramas (ECG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG)	\$50 por prueba
Atención de salud mental, intervención en crisis y visitas de terapia grupal e individual por abuso de sustancias	\$25 por consulta de terapia individual y \$15 por consulta de terapia grupal
Visitas al consultorio de atención primaria, incluidas consultas sobre alergias y atención quiropráctica cubiertas por Medicare	\$25 por consulta

Servicios cubiertos bajo el beneficio POS	Lo que debe pagar*
Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura comienza desde la primera pinta.	\$10
Servicios preventivos cubiertos en \$0 bajo Original Medicare (marcados con el símbolo de una manzana en el Cuadro de Beneficios Médicos anterior), así como retinopatía diabética	\$0
Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse usted mismo (administrados clínicamente), incluida la inyección para la alergia.	Del 0% al 20% de la cantidad aprobada por el médico. Algunos medicamentos pueden costar menos del 20% si se determina que esos medicamentos superan la cantidad de inflación.

Consulte las secciones en el Cuadro de Beneficios Médicos para cada servicio individual enumerado anteriormente para obtener detalles sobre lo que está cubierto.

- No necesita obtener una referencia o autorización previa para obtener estos servicios, pero le recomendamos que llame a Servicio a los Miembros antes de recibir atención para asegurarse de que esté cubierta por nuestro beneficio. No todos los servicios están cubiertos por el beneficio POS.
- Puede obtener sus servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare. Si recibe un servicio de un proveedor que no participa en Medicare, el reembolso se basará en el programa de tarifas de Medicare. Es posible que deba pagar el costo total del servicio en el lugar del servicio y presentar un reclamo de reembolso. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que participa en Medicare, o visite www.medicare.gov para obtener una lista de proveedores elegibles de Medicare.
- El proveedor que elija podría presentar el reclamo en su nombre. Si el proveedor no presenta un reclamo en su nombre, debe presentarnos un reclamo para obtener el reembolso. Para obtener más información sobre cómo enviar un reclamo, consulte el Capítulo 7, Sección 2. Usted es responsable de cualquier cargo y debe presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.
- La atención es atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continua que no es urgente ni de emergencia. Nota: La atención de urgencia fuera del área está cubierta como se describe en el cuadro de beneficios médicos en la sección “Servicios requeridos con urgencia”.

- Su costo compartido bajo el beneficio POS de Care Plus no se aplica al gasto máximo anual de bolsillo (MOOP).
- Si un servicio no aparece en el cuadro anterior “Servicios cubiertos bajo el beneficio POS”, no está cubierto por este beneficio POS. Si aparece en el Cuadro de Beneficios Médicos anterior, debe recibirse dentro de la red de acuerdo con la cobertura descrita.

Sección 2.3 Beneficios adicionales opcionales adicionales que puede comprar

Ofrecemos algunos beneficios adicionales que no están cubiertos por Original Medicare y que no están incluidos en su paquete de beneficios. Estos beneficios adicionales se llaman **beneficios adicionales opcionales**. Si quiere recibirlos, debe contratarlos y tendrá que pagar una prima adicional por ellos. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que el resto de los beneficios.

Le ofrecemos dos paquetes de beneficios suplementarios opcionales llamados “Advantage Plus”. Podrá acceder a los beneficios que se describen en esta sección únicamente si está inscrito en una o las dos opciones de Advantage Plus. Cuando se inscribe en Advantage Plus Opción 1, adquiere todos los beneficios suplementarios relacionados con esa opción. No puede adquirir solo un beneficio dentro de Advantage Plus Opción 1; por ejemplo, adquirir solo la cobertura de audífonos.

- Opción 1: beneficios integrales dentales, de audífonos y artículos para la visión.
- Opción 2: beneficios dentales integrales.

Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus

Para inscribirse en Advantage Plus, seleccione dicha opción cuando complete el formulario de inscripción en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. Si no seleccionó Advantage Plus cuando se inscribió en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus, puede inscribirse en Advantage Plus entre las fechas indicadas a continuación mediante el envío de un formulario de inscripción de Advantage Plus:

Del 15 de octubre al 31 de diciembre, para que la cobertura comience a partir del 1 de enero.

Entre el 1 de enero y el 31 de marzo o dentro de los 30 días posteriores a su inscripción en Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus. La cobertura entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibamos su formulario de inscripción completo de Advantage Plus.

Cancelación de la inscripción en Advantage Plus

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

Si usted no quiere inscribirse en Advantage Plus y quiere inscribirse en el futuro, consulte la sección “Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus” antes mencionada para los horarios en los que puede inscribirse. Recuerde que sus beneficios de audífonos y artículos para la visión no se renuevan con la reinscripción, ya que los audífonos solo se cubren una vez cada 36 meses y los artículos para la visión, una vez cada 24 meses.

Advantage Plus – Opción 1 (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus).	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional Esta prima se suma a la prima de su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la Sección 4.3 del Capítulo 1).	\$18
Cobertura adicional de artículos para la visión† <ul style="list-style-type: none"> • La inscripción en Advantage Plus aumenta su asignación estándar para artículos para la visión que se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos de “Cuidado de la visión”, ya que se agregan \$275 a la asignación estándar, lo que da como resultado una asignación combinada en artículos para la visión de \$525. • Puede usar esta asignación para la compra de un artículo para la visión una vez cada 24 meses. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto inicial de venta, no podrá usarla más adelante. • Los artículos para la visión se deben adquirir en un centro de atención óptica de la red. <p>Nota: Esta asignación no corresponde para artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas.</p>	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de \$525, usted paga la diferencia.
Cobertura adicional para audífonos† <ul style="list-style-type: none"> • La inscripción en Advantage Plus aumenta su asignación estándar para audífonos que se describe en el cuadro de beneficios médicos de “Servicios para la audición”, ya que se agregan \$1,000 a la asignación estándar, lo que da como resultado una asignación combinada en artículos para la visión de \$2,000. • Puede usar esta asignación para la compra de un audífono una vez cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejoría importante que no se puede conseguir con un solo audífono, cubriremos un audífono para cada oído. La asignación combinada por oído solo se puede usar una vez cada 36 meses. Si no usa la totalidad de 	Si el audífono que compra cuesta más de \$2,000, usted paga la diferencia.

Advantage Plus – Opción 1 (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus).	Lo que debe pagar*
<p>su asignación en el punto inicial de venta, no podrá usarla más adelante.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará el audífono con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que suministre el proveedor o distribuidor. 	
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación y ajustes de los audífonos. Visitas para comprobar que los audífonos corresponden con la receta médica. Visitas para el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía. 	<p>\$0</p>
<p>Servicios dentales integrales</p> <p>La inscripción en Advantage Plus Opción 1 aumenta su límite anual de beneficios dentro de la red para servicios dentales integrales como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos en “Servicios dentales”, ya que se agregan \$500 al límite de beneficio anual estándar dentro de la red, lo que da como resultado un límite de beneficio anual combinado dentro de la red de \$2,500.</p> <p>Los beneficios dentales son proporcionados por LIBERTY Dental. Para encontrar un dentista de la red, llame al 1-888-650-1859 o visite Libertydentalplan.com/kaiserdentists.</p> <p>Nota: Para obtener información sobre los beneficios dentales preventivos incluidos en su plan de salud, consulte también la fila “Servicios dentales” en el cuadro de beneficios médicos que se muestra anteriormente.</p>	<p>Coseguro del 50% para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$500 (límite anual de beneficios). Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$500 para la atención dental integral, usted paga el 100% durante el resto del año.</p> <p>Este límite anual de beneficios se agrega al beneficio dental de base de su plan para obtener un límite anual de beneficios combinado de \$2,500.</p>

Advantage Plus – Opción 2 (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	Lo que debe pagar*
Prima mensual adicional Esta prima se suma a la prima de su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la Sección 4.3 del Capítulo 1).	\$23
Servicios dentales integrales La inscripción en Advantage Plus Opción 2 aumenta su límite anual de beneficios dentro de la red para servicios dentales integrales como se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos en “Servicios dentales”, ya que se agregan \$1,000 al límite de beneficio anual estándar dentro de la red, lo que da como resultado un límite de beneficio anual combinado dentro de la red de \$3,000 . Los beneficios dentales son proporcionados por LIBERTY Dental. Para encontrar un dentista de la red, llame al 1-888-650-1859 o visite Libertydentalplan.com/kaiserdentists . Nota: Para obtener información sobre los beneficios dentales preventivos incluidos en su plan de salud, consulte también la fila “Servicios dentales” en el cuadro de beneficios médicos que se muestra anteriormente.	Coseguro del 50% para atención dental integral hasta que el plan haya pagado \$1,000 (límite anual de beneficios) . Cuando alcance el límite anual de beneficios de \$1,000 para la atención dental integral, usted paga el 100% durante el resto del año. Este límite anual de beneficios se agrega al beneficio dental de base de su plan para obtener un límite anual de beneficios combinado de \$3,000 . Si se inscribe tanto en Advantage Plus Opción 1 como en Advantage Plus Opción 2, su límite de beneficio anual combinado aumenta a \$3,500 .

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por 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.

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, con excepción de lo específicamente dispuesto a continuación. Aunque usted reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, los servicios excluidos siguen sin tener cobertura y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela y se decide luego de la apelación que el servicio es un servicio médico que se debió haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Acupuntura		Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Atención en un centro de atención intermedia o residencial, un centro de alojamiento asistido o un hogar de acogida para adultos	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Concepción por medios artificiales, como fecundación in vitro, transferencias intratubáricas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intratubáricas de gametos	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Cirugía estética o procedimientos estéticos.		Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
		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.
<p>Atención de custodia</p> <p>La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.</p>	<p>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</p>	
<p>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).</p>		Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.
<p>Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos y productos 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).

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
<p>Los siguientes servicios y artículos para la visión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de protección de lentes. • Productos de venta sin receta médica. • Lentes y monturas industriales o de seguridad. • Lentes y gafas de sol sin valor refractivo, excepto que esta exclusión no se aplica a un lente de equilibrio claro si solo un ojo necesita corrección o lentes tintados cuando son necesarios desde el punto de vista médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa. • Reemplazo de cristales o armazones perdidos o dañados. • Accesorios para anteojos o lentes de contacto. • Artículos para la visión que no requieren receta médica por ley (que no sean armazones de anteojos o lentes de equilibrio cubiertos). 	<p>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</p>	
<p>Costos generados por parientes directos o miembros de su hogar.</p>	<p>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</p>	
<p>Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.</p>	<p>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</p>	
<p>Comidas con entrega a domicilio.</p>	<p>Sin cobertura bajo ninguna circunstancia</p>	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Servicios de ama de casa que incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades sencillas de mantenimiento de la casa o la preparación ligera de alimentos.	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte.		Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si está cubierto por Medicare.
Terapia de masajes		Servicio cubierto cuando se indica como parte del programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia).	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de soporte para los pies.		Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con una enfermedad del pie relacionada con la diabetes.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo o para participar en programas de empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias, o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o periodo de prueba		Cubiertos si un médico de la red determina que los servicios son necesarios desde el punto de vista médico o de atención preventiva adecuada desde el punto de vista médico.
Servicios de enfermería privada.	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Habitación privada en un hospital		Cubierto cuando es necesario desde el punto de vista médico.
Pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
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.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Atención quiropráctica de rutina		La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado de los pies de rutina.		Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Pruebas de audición de rutina	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare.		Esta exclusión no se aplica a servicios o artículos que no estén cubiertos por Original Medicare, pero que estén cubiertos por nuestro plan.
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 relacionados con servicios o artículos no cubiertos		Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios o artículos relacionados con ellos, (1) excepto los que de otra forma tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del servicio o artículo sin cobertura, o bien (2) si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.

Servicios no cubiertos por parte de Medicare	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	Con cobertura solo en circunstancias específicas
servicios para revertir la infertilidad de forma voluntaria y quirúrgica	Sin cobertura bajo ninguna circunstancia	
Gastos de traslados y alojamiento		Es posible que paguemos determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a nuestras pautas para traslados y alojamiento.

Sección 3.2 Limitaciones y exclusiones dentales

Términos y condiciones generales sobre servicios dentales

Conforme a los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones especificados en esta **Evidencia de Cobertura**, incluida la sección 3.2 de este capítulo y el capítulo 12, usted puede recibir servicios dentales cubiertos de proveedores dentales participantes.

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. hizo un acuerdo con LIBERTY Dental Plan para brindar servicios dentales cubiertos a través de proveedores dentales participantes.

Tenga en cuenta que algunos servicios requieren una revisión clínica para la aprobación de una autorización previa antes del tratamiento. Se debe presentar determinada documentación con estas solicitudes de autorización previa. Estos servicios se revisan clínicamente utilizando la documentación proporcionada para determinar si están indicados y son adecuados según los estándares de la industria, y si cumplen con todos los requisitos específicos de dicho servicio como se describe en los criterios y pautas clínicas de LIBERTY. No se cubrirá ningún tratamiento que, en opinión del director dental de LIBERTY, no sea necesario o no cumpla con los criterios de nuestro plan. Si no se presenta la documentación requerida, el servicio no podrá revisarse adecuadamente y por tanto será denegado. Si se niega la autorización previa por algún motivo, el servicio no estará cubierto y usted será responsable de todos los costos asociados.

La cobertura se limita a los servicios enumerados en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si un servicio no figura en la lista, no está incluido ni cubierto. Para localizar un proveedor de la red o revisar las pautas clínicas de LIBERTY Dental Plan, puede llamar a Servicio a los Miembros de LIBERTY al 1-888-650-1859 o buscar en el directorio de proveedores en línea de LIBERTY Dental en Libertydentalplan.com/kaiserdentists. Se recomienda que consulte con su dentista dentro de la red para verificar la cobertura de beneficios antes de obtener servicios dentales. Si elige utilizar un proveedor fuera de la red, los servicios que reciba no estarán cubiertos.

A continuación se enumeran limitaciones y exclusiones adicionales:

- Puede obtener una lista de proveedores dentales participantes visitando el sitio web, o si necesita ayuda con respecto a preguntas sobre cobertura dental o para encontrar un proveedor dental participante, en [Libertydentalplan.com/kaiserdentists](https://libertydentalplan.com/kaiserdentists). También puede comunicarse con LIBERTY Dental Plan a los números que figuran a continuación o con el Departamento de Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-888-777-5536 (TTY 711), los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- El Sistema de Respuesta por Voz Integrado de LIBERTY está disponible las 24 horas del día para solicitar información sobre los proveedores dentales participantes en su área o para ayudarlo a seleccionar un proveedor dental participante. La lista más actualizada de proveedores dentales participantes se puede encontrar en el siguiente sitio web: [Libertydentalplan.com/kaiserdentists](https://libertydentalplan.com/kaiserdentists).

LIBERTY también ofrece muchas otras funciones seguras en línea en [Libertydentalplan.com](https://libertydentalplan.com).

Exclusiones

Algunos servicios se revisan clínicamente para determinar si son necesarios y adecuados según los estándares de la industria y las pautas clínicas de LIBERTY. A continuación se detallan algunos de los criterios y pautas clínicas de LIBERTY. Puede acceder a una lista completa e integral de los criterios y pautas clínicas de LIBERTY llamando a Servicio a los Miembros al 1-888-650-1859 o buscando en el sitio para miembros de LIBERTY Dental en [Libertydentalplan.com/kaiserdentists](https://libertydentalplan.com/kaiserdentists). Se denegarán los servicios solicitados si no se presenta la documentación requerida.

- Las solicitudes de coronas, tratamientos de conducto y dentaduras postizas parciales requieren que el diente o los dientes tengan un buen pronóstico restaurador, endodóntico y periodontal (al menos 50% de soporte óseo) a largo plazo para su aprobación.
- Las solicitudes de coronas en dientes sin tratamiento de conducto deben mostrar evidencia de caries, fractura, restauración defectuosa, etc., que socave más del 50% del diente.
- No se cubre el reemplazo de una corona o dentadura postiza parcial o completa existente que, en opinión del director dental de LIBERTY, sea satisfactoria o que pueda hacerse satisfactoria.
- Servicios dentales cosméticos o experimentales y/o procedimientos que generalmente no se realizan en el consultorio de un dentista general.
 - Las coronas con fines estéticos o como resultado del desgaste normal o la atrición, recesión, abfracción y/o abrasión no están cubiertas.
- Cualquier procedimiento que no esté específicamente incluido como beneficio cubierto en el Cuadro de Beneficios Médicos o en las secciones de Advantage Plus que se mencionan anteriormente.
 - También se denegarán todos los servicios solicitados que estén relacionados con la finalización de un servicio denegado o dependan de dicha finalización.

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

- No está cubierto ningún tratamiento cubierto por un plan médico del grupo o individual, seguro de automóvil, seguro de automóvil sin culpa o póliza para conductores sin seguro, en la medida permitida por los estatutos federales o estatales.
- No está cubierto el tratamiento como resultado de una insurrección civil, obligación como miembro de las fuerzas armadas de cualquier estado o país, participación en un acto de guerra declarada o no declarada, explosión nuclear intencional o no u otra liberación de energía nuclear, ya sea en tiempos de paz o de guerra.
- No están cubiertos los servicios por lesiones y/o afecciones que se pagan o son pagaderos según las leyes de compensación de los trabajadores o de responsabilidad civil del empleador, ni el tratamiento que le proporcione sin costo cualquier municipio, condado u otra subdivisión política.
- No están cubiertos los honorarios relacionados con citas a las que no asistió, preparación o impresión de informes dentales, duplicación de radiografías, facturas detalladas ni formularios de reclamo.
- Costo de hospitalización y/o medicamentos.
- Cualquier servicio realizado por un dentista general o especialista fuera de la red.
- Los servicios que no se pueden prestar debido a la salud general del paciente.
- Servicios que no concuerdan con los servicios habituales proporcionados por un dentista general o especialista de la red.
- Cualquier tratamiento dental iniciado antes de la fecha de vigencia del miembro.
- Tratamiento relacionado con quistes, neoplasmas y/o enfermedades malignas.
- Servicios que, en opinión del dentista general o especialista de la red, no sean necesarios para la salud dental del paciente.

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo se explican las reglas para el uso de la cobertura de medicamentos de la Parte D. Consulte el Capítulo 4 para ver los beneficios de los medicamentos de Medicare Parte B y de los medicamentos de cuidados paliativos.

Sección 1.1 Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan

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

- Un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que receta) debe emitirle la receta, que debe ser válida de acuerdo con la legislación vigente del estado.
- El proveedor no debe encontrarse en las listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). *O bien, puede surtir su receta mediante el servicio de pedidos por correo del plan.*
- Su medicamento debe estar en la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025* (también conocida como Lista de Medicamentos). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una indicación médicamente aceptada es un uso del medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o sustentado en ciertas referencias. (Consulte la Sección 3 de este capítulo para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).
- Su medicamento podría requerir que obtenga aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 en este capítulo para obtener más información sobre las restricciones en su cobertura).

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

Sección 2.1 Use una farmacia de la red

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 fuera de 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 se incluyen en la Lista de Medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (kp.org/directory) o llamar a Servicio a los Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de nuestra red brindan costos compartidos preferidos, que pueden ser más bajos que los costos compartidos de una farmacia que ofrece costos compartidos estándar. El *directorio de farmacias* le indicará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo podrían variar sus gastos de bolsillo para diferentes medicamentos.

¿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. O si la farmacia que ha estado usando permanece a la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, se recomienda que cambie a una red o farmacia preferida diferente, si está disponible. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede llamar a Servicio a los Miembros o consultar el *directorio de farmacias*. Esta información también aparece en nuestro sitio web en kp.org/directory.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapias de infusión en el hogar.

- Las que surten medicamentos para los residentes de centros de cuidados a largo plazo (LTC). En general, los centros de LTC (como los centros de adultos mayores) tienen sus propias farmacias. Si tiene dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros.
- Las farmacias que trabajan con los Servicios de Salud para la Población Indígena/Tribus/Programa de Salud para Indígenas Urbanos (no disponible en Puerto Rico). A menos que se trate de una emergencia, solo los nativos estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *directorio de farmacias* (kp.org/directory) o llame a Servicio a los Miembros.

Sección 2.3 Cómo usar nuestro servicio de pedidos por correo

Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de pedidos por correo de nuestro plan. En general, los medicamentos provistos por medio de la venta por correo son medicamentos que se toman de manera regular para tratar una condición médica crónica o de largo plazo. Estos medicamentos se indican como **medicamentos de pedido por correo** en nuestra lista de medicamentos.

El servicio de pedidos por correo de nuestro plan le permite pedir un suministro para hasta 90 días.

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, llame a la farmacia de Kaiser Permanente al 1-703-466-4900 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). Puede, de manera conveniente, ordenar que le surtan sus recetas de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga su pedido en línea de forma segura en kp.org/refill.
- 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.

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 el Servicio Postal de Estados Unidos [United States Postal Service, USPS] 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. Si su receta de orden por correo está retrasada, por favor llame a la farmacia de Kaiser Permanente para solicitar ayuda al 1-800-733-6345 o al 1-703-466-4900, 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 llegue su medicamento recetado de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro urgente llamando

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

a su farmacia minorista preferida de su red local que figura en su *directorio de farmacias* o en kp.org/directory. Tenga en cuenta que quizá pague más si obtiene un suministro de 90 días de una farmacia minorista de la red que de nuestra farmacia de pedidos por correo.

Resurtido por correo de medicamentos recetados. Para volver a surtir, comuníquese con su farmacia al menos 5 días antes de que se agoten sus medicamentos recetados actuales para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

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

Si compra un suministro de medicamentos a largo plazo, es posible que los costos compartidos sean más bajos. Nuestro plan ofrece **dos formas** de recibir un suministro a largo plazo (también llamado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de manera regular para tratar una afección médica crónica o de largo plazo).

1. Algunas farmacias de venta al por menor de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de mantenimiento. Para ver qué farmacias de nuestra red ofrecen la opción de recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el *directorio de farmacias* (kp.org/directory). También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

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. **Consulte antes con Servicio a los Miembros** para saber si hay una farmacia de la red cercana. Quizá se requiera 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.

Cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera de la red 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 cubiertos de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia que no pertenece a 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: Los medicamentos que se recetan y se surten fuera de los Estados Unidos

y sus territorios, como parte de servicios cubiertos de atención de emergencia o de urgencia, tienen cobertura para un suministro hasta de 30 días en un periodo de 30 días. Medicare Parte D no cubre estos medicamentos; por lo tanto, los gastos que generen no cuentan para alcanzar la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

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

¿Cómo solicitar un reembolso a nuestro plan?

En general, si usted utiliza una farmacia fuera de la red, tendrá que pagar el costo total (en vez de la parte del costo compartido que normalmente le corresponde) al surtir la receta médica. Puede solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo. (En la Sección 2 del Capítulo 7, se explica cómo solicitar que le devolvamos el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos

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

Nuestro plan tiene una *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025*. En este folleto de *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 cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

Los medicamentos de la Lista de Medicamentos solo son los que están cubiertos por Medicare 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 medicamento se use para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una indicación aceptada desde el punto de vista médico es un uso del medicamento que cumple con alguno de los siguientes requisitos:

- Está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para el que se recetó; o

- Está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de Medicamentos cubiertos para Hospitales de Estados Unidos (American Hospital Formulary Service Drug Information) y el sistema de información Micromedex DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que le pertenece al fabricante. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de Medicamentos, “medicamento” puede hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene el mismo principio activo que un medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas denominadas biosimilares. Generalmente, los genéricos y biosimilares son tan eficaces como los medicamentos de marca o los productos biológicos originales y, usualmente, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para varios medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta médica, del mismo modo que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

¿Qué no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, las leyes no permiten que ningún plan de Medicare ofrezca cobertura de ciertos tipos de medicamentos (vea más información al respecto en la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que obtenga un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Son seis los niveles de costo compartido de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos
--

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

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

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

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

El monto que usted paga por medicamentos que se encuentran en cada nivel de costo compartido se encuentra en el Capítulo 6 (*Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

Sección 3.3 ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos?

Hay cuatro formas de averiguarlo:

- Revisar la lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica.
- Visite nuestro sitio web (kp.org/seniorrx). Nuestra Lista de Medicamentos (*Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025*) que aparece en el sitio web es siempre la más actualizada.
- 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 2025*) o para solicitar una copia de la lista.
- Use la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (kp.org/seniorrx o llamando a Servicio a los Miembros). Con esta herramienta puede buscar medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos para ver un estimado de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en nuestra Lista de Medicamentos que podrían tratar la misma afección.

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 alentarles a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz posible.

Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted toma o desea tomar, consulte la Lista de Medicamentos. 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.

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

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones se aplican?

En las secciones que aparecen a continuación, se explica qué tipos de restricciones se aplican a ciertos medicamentos.

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. Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar qué necesitan hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura de ese medicamento. **Si desea que anulemos alguna restricción en su caso, tendrá que seguir el proceso de decisión de cobertura y solicitar que hagamos una excepción.** Podemos aceptar o rechazar retirar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Cómo obtener la aprobación del plan con antelación

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrirlos. Esto se denomina **autorización previa**. Este procedimiento se establece para garantizar la seguridad de los medicamentos y contribuir al uso apropiado de ciertos medicamentos. Si no obtiene dicha aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo estuviera?

Sección 5.1 Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría

Existen situaciones en las que hay un medicamento recetado que esté tomando 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 que ofrezcamos cobertura para la versión genérica de un medicamento, pero no para la versión de marca que usted desea tomar. 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 se explica en la Sección 4.
- El medicamento tiene cobertura, pero está en un nivel de costo compartido que hace que deba pagar un costo compartido mayor al que usted piensa que debería ser.
- Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría. **Si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para saber qué puede hacer al respecto.**
- **Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su parte del costo sea superior a lo que usted considera que debería ser, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer al respecto.**

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

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

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

Puede obtener un suministro provisional

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

Para ser elegible para un suministro provisional, el medicamento que haya estado tomando **no debe estar actualmente en nuestra Lista de Medicamentos O debe estar restringido de algún modo.**

- **Si usted es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan.
- **Si usted formaba parte de nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro provisional del medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
 - Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si se indica una receta por menos días, permitiremos varias recetas con un suministro máximo para 30 días del medicamento. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que posiblemente la farmacia de cuidados a largo plazo proporcione el medicamento en cantidades menores cada vez, para evitar el desperdicio).
- **En el caso de miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan un suministro inmediato:**

- Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días de un medicamento en particular, o de menos días si así lo indica la receta médica. Este suministro es adicional al suministro provisional que se mencionó arriba.
- **Para miembros actuales con cambios en 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 hasta de un mes de sus medicamentos de la Parte D durante este período de transición en el nivel de atención, incluso si el medicamento no está en nuestra Lista de Medicamentos.

Si tiene alguna pregunta sobre el suministro provisional, llame a Servicio a los Miembros.

Mientras use el suministro provisional, hable con su proveedor para decidir qué hacer cuando el suministro se termine. Tiene dos opciones:

1) Puede cambiar de medicamento

Consulte con su proveedor sobre la posibilidad de 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 con cobertura que se usan como tratamiento para la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

2) Puede solicitarnos que hagamos una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que le proporcionemos la cobertura que desea para el medicamento. Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, él puede ayudarlo 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. Allí se explican los procedimientos y los plazos que establece Medicare para asegurarse de que su solicitud se procese de forma oportuna y apropiada.

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

Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costos compartidos que le parece excesivamente alto:

Puede cambiar de medicamento

Si el medicamento que necesita está en un nivel de costo compartido que le parece demasiado alto, hable con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel más bajo de costo compartido que le ofrezca los mismos beneficios. Llame a Servicio a los Miembros y solicite una lista de los medicamentos con cobertura que se usan como tratamiento para la misma condición médica. Con esta lista, su proveedor puede buscar un medicamento cubierto que sea adecuado para usted.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

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

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

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

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

Sección 6.1 Nuestra Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

- **Agregar o eliminar medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.**
- **Cambiar un medicamento a un nivel de costo compartido mayor o menor.**
- **Añadir o retirar una restricción de cobertura para un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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

Consulte el Capítulo 12 para obtener definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

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

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

Cuando hay cambios a nuestra Lista de Medicamentos, publicamos la información sobre estos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra “Lista de Medicamentos” en línea de forma periódica. Esta sección describe los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de Medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizan cambios para un medicamento que está usando.

Cambios que podríamos hacer a nuestra Lista de Medicamentos que le afectan durante el año actual del plan

- **Agregar medicamentos nuevos a nuestra lista de medicamentos y eliminar de inmediato o hacer cambios en un medicamento similar en nuestra lista de medicamentos.**
 - Al agregar una versión nueva de un medicamento a nuestra lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de dicha lista, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La versión nueva del medicamento estará en el mismo nivel o un nivel menor de costo compartido y tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está usando el medicamento al que estamos eliminando o modificando. Si está tomando el medicamento similar en el momento en que hacemos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hagamos.
- **Agregar medicamentos a nuestra lista de medicamentos y eliminar y hacer cambios en un medicamento similar en nuestra lista de medicamentos con previo aviso.**
 - Al agregar otra versión de medicamento a nuestra Lista de Medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de nuestra Lista de Medicamentos, moverlo a un nivel de costo compartido diferente, agregar nuevas restricciones o ambas. La versión del medicamento que agreguemos estará en el mismo nivel o un nivel menor de costo compartido y tendrá las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos determinadas versiones nuevas de biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la lista de medicamentos.

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 30 días de la versión del medicamento que está usando.
- **Retirar medicamentos peligrosos y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.**
 - Es posible que se considere que un medicamento es peligroso o se lo retire del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podríamos quitar el medicamento inmediatamente de nuestra lista de medicamentos. Si está usando ese medicamento, se lo informaremos después de realizar el cambio.
- **Hacer otros cambios a los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos.**
 - Es posible que, una vez que comience el año, hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Por ejemplo, con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare.
 - Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro para 30 días adicionales de la versión del medicamento que está usando.

Si realizamos alguno de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está usando, hable con su médico sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión sobre la cobertura para satisfacer cualesquiera nuevas restricciones en el medicamento que está usando. Usted o su médico pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado usando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios a nuestra lista de medicamentos que no le afectan durante el año actual del plan

Podríamos realizar ciertos cambios a nuestra lista de medicamentos que no se mencionan antes. En dicho caso, el cambio no lo afectará si está tomando el medicamento cuando se realice el cambio. Sin embargo, es probable que lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan, si se queda en el mismo plan.

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

- Se cambia el medicamento a un nivel de costo compartido mayor.
- Aplicamos una restricción nueva al uso del medicamento.
- Quitamos su medicamento de nuestra Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios aplica para un medicamento que usted toma (excepto que se lo retire del mercado, que un medicamento genérico reemplace a uno de marca u otro cambio que se haya mencionado en 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.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios de forma directa durante el año actual del plan. Deberá consultar nuestra Lista de Medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para verificar si se realizaron cambios a los medicamentos que está tomando que puedan afectarle durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro 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. Si presenta una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, pagaremos por él o lo cubriremos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo apelar una decisión).

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 de 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 compran fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso *no indicado* de un medicamento cuando no está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de la Lista de medicamentos cubiertos de American Hospital y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. *Un uso no indicado* es cualquier uso del medicamento distinto de aquellos que figuran en la etiqueta del medicamento como aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos.

Además, por ley, los siguientes tipos de medicamentos no están cubiertos en los planes de Medicare:

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

Si recibe un “Beneficio adicional” para costear sus recetas, el programa “Beneficio adicional” no pagará por los medicamentos que no cubre de forma regular. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con su programa estatal de Medicaid para saber qué tipo de cobertura de medicamentos está disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Brinde la información de su membresía

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

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

Si no lleva la información de su tarjeta de membresía cuando vaya a surtir su receta médica, usted o la farmacia puede llamar a nuestro plan para obtener la información requerida, o puede pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción de su plan.

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 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 estancia. Una vez que reciba el alta del hospital o de los centros de enfermería especializada, nuestro plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura descritas en este capítulo.

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

En general, los centros de cuidados a largo plazo (LTC) (tal como un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) tienen su propia farmacia o usan una farmacia que surte los medicamentos de todos sus residentes. Si reside en un centro de LTC, puede obtener sus

medicamentos recetados en la farmacia del centro o la que este utiliza, siempre y cuando esta pertenezca a nuestra red.

Para ver si la farmacia del centro de LTC o la que utiliza pertenece a nuestra red, consulte su *directorio de farmacias* (kp.org/directory). Si no pertenece a nuestra red, o si necesita más información o ayuda, comuníquese con Servicio a los Miembros. Si está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera habitual sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si un es residente de un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos o está restringido de algún modo?

Consulte la Sección 5.2 sobre un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados?

Si, actualmente, tiene otra cobertura para medicamentos recetados por medio de un grupo de jubilados o de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), 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 cobertura de grupo de empleado o jubilado, la cobertura de medicamentos que le ofrecemos ocupará un lugar secundario con respecto a su cobertura de grupo. Esto significa que su cobertura grupal pagará primero.

Aviso especial acerca de la cobertura acreditable

Cada año, el grupo de su empleador o para jubilados debe mandarle un aviso sobre si su cobertura de medicamentos recetados para el siguiente año calendario es acreditable.

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

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

Sección 9.4 ¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?

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

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

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.

Hacemos una revisión cada vez que usted surte una receta y también revisamos periódicamente nuestros registros. 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 medicamento similar para tratar la misma afección.
- 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 identificamos cualquier posible problema con su uso de los medicamentos, nos comunicaremos con su proveedor para solucionarlo.

Sección 10.2 Programa de manejo de medicamentos (DMP) para ayudar a que los miembros consuman sus medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que ayuda a garantizar que los miembros tomen de forma segura opioides recetados u otros medicamentos que, frecuentemente, se consumen de forma abusiva. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si consume medicamentos opiáceos que obtiene de distintos médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opiáceos reciente, podemos hablar con sus médicos para garantizar que consuma adecuadamente los medicamentos y que sean necesarios 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 benzodiazepinas, podemos limitar el modo en que obtiene dichos medicamentos. Si lo asignamos al DMP, las limitaciones serán las siguientes:

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en determinada(s) farmacia(s).
- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos.

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

No estará en nuestro DMP si tiene ciertas condiciones médicas, tal como dolor relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, si recibe cuidados paliativos o para pacientes terminales, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3 Programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros en el manejo de sus medicamentos

Ofrecemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades médicas complejas. Nuestro programa se llama programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y sin costo. Un equipo de farmacéuticos y médicos

desarrollaron el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan los mayores beneficios de los medicamentos que toman.

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

Se recomienda consultar al médico acerca de la lista de quehaceres recomendados y la lista de medicamentos. Lleve con usted el resumen a la consulta o cuando hable con los médicos, farmacéuticos u otros proveedores de atención médica. Además, conserve la lista de medicamentos actualizada (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o sala de emergencias.

Si contamos con un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información pertinente. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicio a los Miembros.

Capítulo 6: Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

¿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 quienes reciben Beneficio Adicional para 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 este anexo, por favor llame a Servicio a los Miembros y pida la *Cláusula LIS*.

SECCIÓN 1 Introducción

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

En este capítulo se explica lo que usted paga por los 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. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son de la Parte D; algunos tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B, y otros están excluidos por ley de la cobertura de Medicare.

Para entender la información sobre los pagos, primero debe saber qué medicamentos tienen cobertura, dónde puede surtir sus recetas médicas y qué reglas debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. En las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte la Sección 3.3 del Capítulo 5), el costo que se muestra se proporciona en “tiempo real”, lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información proporcionada por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicio a los Miembros.

Sección 1.2 Tipos de gastos de bolsillo que tendría que pagar por medicamentos cubiertos
--

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. 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 debe pagar por sus medicamentos antes de que nuestro plan empiece a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que paga cada vez que surte una receta.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3 **Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo**

Medicare tiene reglas con respecto a lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un control de los gastos de bolsillo.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo, incluyen los pagos que aparecen abajo (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplan con las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - Etapa inicial de cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos de venta con receta antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

- Si usted hace estos pagos, los pagos se incluyen en los gastos de bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos en sus costos de gastos de bolsillo si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hace un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE o el Servicio de Salud para la Población Indígena. También se incluyen los pagos que hace el programa “Beneficio Adicional” de Medicare.

Avance a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya tenido gastos de bolsillo por **\$2,000** durante el año calendario, pasará de la etapa de cobertura inicial a la etapa de cobertura para catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo.

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

- Su prima mensual.
- 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 con los requisitos del plan para la cobertura que no pertenece a la red.

- 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 por medicamentos realizados por el Departamento de Asuntos Veteranos (VA).
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación del trabajador).
- Pagos realizados por el fabricante del medicamento bajo el Programa de descuentos del fabricante.

Recordatorio: Si cualquier otra organización como las antes mencionadas paga total o parcialmente sus gastos de bolsillo de medicamentos, se requiere que usted lo informe a nuestro plan por teléfono a Servicio a los Miembros.

¿Cómo puede llevar un control de la suma de los gastos de su propio bolsillo por medicamentos?

- Le ayudaremos a hacerlo. El informe *Explicación de beneficios de la Parte D* (Explanation of Benefits, EOB) que usted recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando el monto alcance los **\$2,000**, en este informe se indicará que ha pasado de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.
- Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos. En la Sección 3.2, se explica qué puede hacer para asegurarse de que nuestros registros sobre sus gastos estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que está cuando recibe el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA?

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos recetados en nuestro plan. El importe que pague dependerá de la etapa en la que se encuentre cuando le surtan o le vuelvan a surtir un medicamento recetado. En las Secciones 4 a 6 de este capítulo, se incluyen los detalles de cada etapa. Las etapas son las siguientes:

Etapa 1: Etapa de Deducible Anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa de Cobertura para Catástrofes

SECCIÓN 3 Le enviaremos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y se le indica en cuál etapa de pago está

Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado <i>Explicación de Beneficios de la Parte D</i> (la <i>EOB de la Parte D</i>)
--

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

- **Cuánto paga usted.** Estos son los **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto por la Parte D, los pagos por sus medicamentos realizados por familiares o amigos y los pagos realizados por sus medicamentos mediante el programa “Beneficio Adicional” de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, el Servicio de Salud para la población Indígena, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, las organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP).
- **Llevamos un registro de sus costos totales de medicamentos.** Este es el total de todos los pagos realizados por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

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

- **Información sobre el mes.** En este informe, se incluyen los detalles del pago de recetas médicas que surtió durante el mes previo. Se muestran los costos totales de medicamentos, lo que paga el plan, lo que paga usted y los pagos que otros hacen en su nombre.
- **Los costos totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se le llama información en lo que va del año. Aquí se muestran los costos y pagos totales de los medicamentos desde el comienzo del año.
- **Información de precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Hay recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluye información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamo de receta si corresponde.

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 cada vez que le surtan una receta médica.** Esto contribuye a asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En algunas ocasiones, es posible que pague el costo completo de su medicamento recetado. En esos casos, no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, bríndenos copias de los recibos. **A continuación, se encuentran algunos ejemplos de situaciones en las que debería brindarnos copias de los recibos de sus medicamentos:**
 - Cuando 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 ayuda financiera 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.
 - Si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Consulte instrucciones sobre cómo hacerlo en la Sección 2 del Capítulo 7.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos que realizan otras personas o algunas organizaciones también se cuentan para los gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos que realiza un programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena y las entidades de beneficencia cuentan como gastos de bolsillo. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos dar seguimiento a sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Al recibir la *EOB de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, por favor llámenos a Servicio a los Miembros. También puede elegir consultar su Explicación de beneficios de la Parte D en línea en vez de por correo. Visite kp.org/goinggreen e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su EOB de la Parte D en línea de forma segura. Conserve estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA

No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de Cobertura Inicial, pagamos nuestra parte de los costos de medicamentos y usted paga la suya

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde surta su receta médica

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

El plan tiene seis niveles de costo compartido

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

- Nivel 1 de **costo compartido** para medicamentos genéricos preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- Nivel 2 de costo compartido para medicamentos genéricos (este nivel incluye algunos medicamentos de marca).
- Nivel 3 de **costo compartido** para medicamentos de marca preferidos. Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4 de **costo compartido** para medicamentos no preferidos (este nivel incluye medicamentos genéricos y de marca). Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 5 de **costo compartido** para medicamentos especializados (este nivel incluye tanto medicamentos genéricos como medicamentos de marca). Usted paga \$35 por suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 6 de **costo compartido** para vacunas inyectables de la Parte D (este nivel incluye solo medicamentos de marca).

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

Opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido estándar. Los costos podrían ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan. Cubrimos las recetas médicas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para conocer cuándo cubriremos recetas médicas surtidas en farmacias fuera de la red.
- La farmacia para pedidos por correo del plan.

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

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

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)	Costo compartido estándar de ventas minoristas (de la red)	Costo compartido de pedidos por correo	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles)
	(un suministro hasta de 30 días)			(un suministro hasta de 31 días)	(un suministro hasta de 30 días)
Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos	\$3	\$10	\$3	\$10	\$10
Nivel 2 – Medicamentos genéricos	\$12	\$20	\$12	\$20	\$20
Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos*	\$45	\$47	\$45	\$47	\$47
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos*	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100
Nivel 5 – Medicamentos especializados*	Coseguro del 33%				
Nivel 6 – Vacunas inyectables de la Parte D	\$0	\$0	No está disponible el servicio de pedidos por correo.	\$0	\$0

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

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D para las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su médico receta un suministro para menos de 1 mes, posiblemente no tenga que pagar el costo del suministro del mes entero

Habitualmente, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Es posible que haya ocasiones en las que usted o su médico quiera que tenga un suministro para menos de un mes de un medicamento (por ejemplo, cuando esté probando un medicamento por primera vez). También le puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de medicamentos para menos de un mes, si eso le ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de distintos medicamentos recetados.

Si recibe un suministro completo de menos de un mes de ciertos medicamentos, no tendrá que pagar el suministro para un mes completo.

- Si le corresponde un coseguro, usted paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será inferior ya que el costo total por el medicamento será inferior.
- Si le corresponde un copago del medicamento, solo pagará por la cantidad de días que requerirá el medicamento que reciba en vez de pagar por el mes completo. 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.

Sección 5.4 Una tabla que muestra sus costos por un suministro a largo plazo (hasta de 90 días) de un medicamento

En el caso de ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días.

La siguiente tabla indica cuánto debe pagar cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

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

Nivel	Costo compartido minorista preferido (de la red)		Costo compartido minorista estándar (de la red)		Costo compartido de pedidos por correo
	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 60 días	Suministro de 61 a 90 días	Suministro de 31 a 90 días
Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos	\$6	\$9	\$20	\$30	\$0
Nivel 2 – Medicamentos genéricos	\$24	\$36	\$40	\$60	\$0
Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos*	\$90	\$135	\$94	\$141	\$90
Nivel 4 – Medicamentos no preferidos*	\$200	\$300	\$200	\$300	\$200
Nivel 5 – Medicamentos especializados*	Coseguro del 33%				
Nivel 6 – Vacunas inyectables de la Parte D	No hay un suministro a largo plazo disponible.				

* No pagará más de:

- \$70 para un suministro de hasta dos meses de medicamentos de los Niveles 3 a 5, o
- \$90 para un suministro de hasta tres meses de medicamentos del Nivel 3 o \$105 para un suministro de hasta tres meses de medicamentos de los Niveles 4 y 5 de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Continúa en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que la suma de sus costos totales de los medicamentos que compra durante el año alcanzan \$2,000

Continúa en la etapa de cobertura inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcanzan \$2,000. Luego avanza a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

La *EOB de la Parte D* que recibirá le ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros gastaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de \$2,000 de gastos de bolsillo en un año.

Nosotros le avisaremos si alcanza este monto. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura para Catástrofes. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted ingresa a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$2,000** en un año calendario. Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año calendario.

Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted paga por un medicamento depende cómo y dónde lo consigue

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025* de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted.

Consulte la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025* o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos sobre vacunas específicas.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la **vacuna**.
- 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).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

1. **Si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
 - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por ACIP y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**

- Puede recibir la vacuna en una farmacia o en el consultorio del médico.

3. Quién le administra la vacuna.

- Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrársela en el consultorio del médico.

Lo que usted paga en el momento en que obtiene la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que esté.

- A veces, cuando obtiene la vacuna, debe pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando obtiene la vacuna, solamente paga la parte del costo estipulada según el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.

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

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su copago por la vacuna, que incluye 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.

- Cuando obtenga la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total tanto de la vacuna como de la administración de la vacuna por parte del proveedor.
- Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier copago por la vacuna (incluida su administración).

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

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no pagará nada por la vacuna en sí.

- Para otras vacunas de la Parte D, le pagará a la farmacia su copago por la vacuna.
- Cuando el médico le suministra la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

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

Capítulo 7: Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado podría ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, es posible que note que pagó más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, 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. Puede que haya ciertas reglas que debe cumplir para recibir el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede suceder que un proveedor le facture el costo total de la atención médica que le proporcionó o, posiblemente, un monto mayor que su costo compartido, como se menciona en este documento. Primero, intente resolver la facturación con el proveedor. Si no funciona, en lugar de pagar la factura, envíenosla. Y nosotros determinaremos si los servicios deberán cubrirse. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos que deben pagarse, le notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido estipulado por el plan. Incluso si contrata este proveedor, tiene derecho a recibir un tratamiento.

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

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

Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca a nuestra red o no. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo para los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- 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.

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

Los proveedores de la red siempre nos facturan directamente y solo le cobran 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. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como “facturación de saldos”. Esta protección (de no pagar más que el monto del costo compartido del plan) aplica aun cuando nosotros paguemos al proveedor menos de lo que este cobra por un servicio y aun cuando haya una disputa y no paguemos ciertos cargos al proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red y considere que es por un monto mayor del 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.

3. Si usted está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias fuera de la red solamente en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información sobre estas circunstancias. Es posible que no le paguemos la diferencia

entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia que no pertenece a la red y el monto que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando paga 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.

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

6. 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 2025* o podría estar sujeto a un requisito o restricción que usted no conocía o no creyó que se aplicaría en su caso. Si decide comprar el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le devolvamos el pago. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le devolvamos el costo completo que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento recetado.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones sobre la cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitar que le hagamos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíela 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. Debe presentarnos su reclamo dentro de los 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y dentro de los 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio, concepto o medicamento.

Para asegurarse de 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 rápido. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago mediante:

- Enviando nuestro formulario electrónico tras completarlo en kp.org y subiendo la documentación de respaldo.
- Puede descargar el formulario en nuestro sitio web (kp.org/espanol) o solicitar que le envíen uno llamando a Servicio a los Miembros. Envíe el formulario completo a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación.
- Si no puede obtener el formulario, puede presentar su solicitud de pago enviándonos la siguiente información a la dirección de nuestro Departamento de Reclamos que se indica a continuación:
- Una declaración con la siguiente información:
 - Su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia clínica/de salud.
 - La fecha en la que recibió los servicios.
 - El lugar en donde recibió los servicios.
 - Quién prestó los servicios.
 - Por qué considera que nosotros deberíamos pagar los servicios.
 - Su firma y fecha de firma. (Si desea que otra persona que no sea usted realice la solicitud, también necesitaremos que complete un formulario de “Designación de representante”, que se encuentra disponible en kp.org).
- Una copia de la factura, y su historia clínica por estos servicios, y su recibo si pagó por los servicios.

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

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

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

Sección 3.1 Verificaremos si deberíamos 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 lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento tiene cobertura y usted cumplió todas las reglas, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo el medicamento de una farmacia fuera de la red farmacia o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió con todas las reglas, no pagaremos el porcentaje del costo que nos corresponde. Le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago y su derecho de apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le respondemos que no pagaremos en todo o en parte la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago. La apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Para ver más detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

Capítulo 8. Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille, archivo de audio o en CD)

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, capacidades limitadas para leer, una incapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en español llamando a Servicio a los Miembros. Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de nuestra red para una especialidad no están disponibles, es nuestra responsabilidad buscar proveedores fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de nuestra red que cubran el servicio que necesita, llámenos para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para ver a un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, por favor llame a Servicio a los Miembros para presentar una queja formal. También puede presentar una queja informal en Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente con la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1	Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted y que sea coherente con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos al inglés, en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos)
--------------------	---

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de una manera culturalmente competente y que sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, capacidades limitadas para leer, una incapacidad auditiva o diversos antecedentes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible en español llamando a Servicio a los Miembros. Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en letra grande, en braille, en archivo de audio o en CD de datos. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una forma que se adapte a sus necesidades, llame a Servicio a los Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de nuestra red para una especialidad no están disponibles, es nuestra responsabilidad buscar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas dentro de nuestra red que cubran el servicio que necesita, llámenos para recibir información sobre a dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a un especialista en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, por favor llame para presentar una queja formal ante Servicio a los Miembros. También puede presentar una queja en Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente en la Oficina de Derechos Civiles 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de nuestra red para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos. 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.

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

Si considera que no recibe la atención médica y los medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, en el Capítulo 9 encontrará información sobre qué puede hacer al respecto.

Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

Existen leyes federales y estatales que protegen la privacidad de sus historias clínicas y de su información médica personal. Protegemos su información médica personal tal como lo exigen estas leyes.

- 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.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con la limitación del 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 vea sus expedientes o los modifique.
- Con excepción de las circunstancias que se describen a continuación, si planeamos darle su información médica a alguien que no le esté proporcionando atención o pagando por ella, *primero tenemos la obligación de obtener su permiso escrito o el de alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted*.
- 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.
 - Tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.

- Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también tenemos el deber de compartir su información médica con Medicare, incluida la relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales; por lo general, se exige que la información que permita identificarle no sea compartida.

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

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

Tiene el derecho de saber cómo se ha compartido su información con terceros para cualquier fin que no sea rutinario.

Por favor llame a Servicio a los Miembros si tiene preguntas o inquietudes acerca de la privacidad de su información médica personal.

Sección 1.4	Tenemos la obligación de 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.

Por favor llame a Servicio a los Miembros si necesita alguno de los siguientes tipos de información:

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y las farmacias de la red.** Tiene el derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y cómo les pagamos a los proveedores que están en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre la solicitud de una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso, o bien se aplica algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones relacionadas con su atención médica

Tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento disponibles y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Cuando obtiene servicio de atención de la salud, 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 ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen los siguientes:

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Usted tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su condición, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura de nuestro plan. También incluye que le informen sobre los programas que ofrece nuestro plan, para ayudar a que los miembros manejen y usen los medicamentos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen acerca de todos los riesgos relacionados con su atención. Deben notificarle por adelantado si 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 que “no”.** Usted tiene derecho a negarse a recibir cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.

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 de 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 con antelación se llama **instrucciones anticipadas**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y diferentes maneras de llamarlas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para la atención médica** son dos ejemplos.

Si desea usar instrucciones anticipadas para proporcionar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones por anticipado de su abogado o un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces, puede conseguir este formulario por medio de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicio a los Miembros para solicitar los formularios.
- **Llene y firme el formulario.** Independientemente de dónde obtenga el formulario, recuerde que es un documento legal. Le recomendamos que pida a un abogado que le ayude a redactarlo.
- **Entregue copias a las personas correspondientes.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona a la que nombre en el formulario para que tome decisiones por usted en caso de que usted no pueda. Se aconseja entregar copias a algunos amigos cercanos o familiares. Conserve una copia en su casa.

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

- En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo lleva.
- 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). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firma un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja informal en State Corporation Commission, Virginia Bureau of Insurance, P.O. Box 1157, Richmond, VA 23218.

Sección 1.6	Tiene derecho a presentar quejas informales y solicitarnos que volvamos a considerar decisiones que ya habíamos tomado
--------------------	---

Si tiene problemas, dudas o quejas informales y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica qué puede hacer. **Tenemos la obligación de tratarle con imparcialidad** cuando pida una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal.

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de un caso de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que no recibe un trato justo, que no se le trató con dignidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual 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 TTY 1-800-537-7697, o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

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**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicio a los Miembros**.
- Puede **llamar al SHIP**. Para obtener más detalles, 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: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.9 Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

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

Sección 1.10 Usted puede realizar sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Si tiene sugerencias, llame a Servicio a los Miembros.

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan

Consulte a continuación las cosas que debe hacer al ser miembro de nuestro plan. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Consulte en esta *Evidencia de Cobertura* qué servicios están cubiertos para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brinda información detallada sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, se describe la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro o para medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
 - El Capítulo 1 informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan siempre que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor al proporcionarles toda la información que necesitan, hacerles preguntas y dar seguimiento a su atención.**
 - Para obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus médicos.
 - 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.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
 - Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del 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).
- Si tiene que pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagándole directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio *sin salir* del área de servicio del plan, llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.**
- **Si cambia de domicilio *fuera* del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios).

Capítulo 9: Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud
--

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

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas informales**, también llamadas quejas formales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a nosotros como a usted.

La guía que aparece en la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto y lo que debe hacer.

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. La mayoría de la gente no está familiarizada con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar la comprensión, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos 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 o determinación de cobertura 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. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más precisa para obtener la ayuda o la información acorde a su situación. 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 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

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. Incluso si tiene una queja sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener ayuda. en

ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados, y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarlo a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los consejeros del SHIP no tienen costos. Encontrará los números de teléfono y el enlace al sitio web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Cómo comunicarse con 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 la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?

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.

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

Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si un servicio de atención médica (artículo médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4: Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.**

No.

Vaya a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas.**

DECISIONES SOBRE LA COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Lo esencial sobre apelaciones y decisiones de cobertura.

Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: El panorama general

Las decisiones sobre la cobertura y apelaciones se usan para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de Medicare Parte B como **atención médica**. Utiliza el proceso para las apelaciones y decisiones sobre la cobertura para cuestiones como cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura antes de recibir beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red del plan lo refiere a un especialista médico que no está dentro de la red, esta referencia se considera una decisión sobre la cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión sobre la cobertura, en caso de que su médico no esté seguro de si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos la atención médica antes de que la reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura.

En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

También tomamos una decisión sobre la cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que cierta atención médica no tiene cobertura o que Medicare ya no la 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, ya sea antes o después de que se reciba el servicio, y 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. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación acelerada** de una decisión sobre la cobertura. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original evaluarán su apelación.

Cuando presenta una apelación por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para analizar si se siguieron las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si decimos que no a parte o a la totalidad de su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente al Nivel 2. La apelación de Nivel 2 estará a cargo de una organización de revisión independiente sin relación con nosotros.

- No necesita hacer nada para presentar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1).
- Consulte la **Sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda pasar a varios niveles más de apelación (en la Sección 9 de este capítulo, se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2 Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación

Si desea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- Puede **llamarnos a Servicio a los Miembros**.
- Puede **solicitar ayuda gratuita** a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico.

- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Por favor llame a nuestro Servicio a los Miembros para solicitar el formulario de *Designación de un representante*. (También está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org/espanol).
 - Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte D, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el nivel 1, pasará automáticamente al nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que le expida recetas puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 se deniega, su médico u otro profesional que le expida recetas puede presentar una apelación de Nivel 2.
- **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.
 - Si desea que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llama a Servicio a los Miembros y solicite el formulario *Designación de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en kp.org). El formulario autoriza a la persona designada a actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario antes de la fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación, su solicitud de apelación será desestimada. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión para denegar su solicitud.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de uno por medio del colegio local de abogados o de otro servicio de referencias. También existen grupos que ofrecen servicios legales sin costo, si usted califica para recibirlos. Sin embargo, si desea solicitar cualquier tipo de decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, **no es obligatorio contratar a un abogado.**

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

Hay cuatro situaciones diferentes en las que se usan decisiones sobre la cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitar que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo (*solo para estos servicios*: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

Si no está seguro de cuál es la sección que debe usar, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede recibir ayuda o información de organizaciones gubernamentales, tal como su SHIP.

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

Sección 5.1 En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para la atención médica o si desea que le reembolsemos el porcentaje del costo de su atención que nos corresponda pagar.

En esta sección se describen sus beneficios para atención médica. Son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)*. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las cinco siguientes situaciones:

1. No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan la cubre.
Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.

2. No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 5.2.**
3. Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagarlos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Recibió y pagó servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esa atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe consultar las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Estos tipos de atención están sujetos a normas especiales.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Términos legales

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

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada.**

Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Una decisión normal sobre la cobertura se suele tomar entre 72 horas y 14 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura se suele tomar entre 24 horas para los medicamentos de la Parte B y 72 horas para los servicios médicos. Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida sobre la cobertura:

- Solo *puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura *solo* si el uso de los plazos estándar podría *afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.*
- **Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos una decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.**

- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.** Si no aprobamos la decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
 - Que explique la implementación de plazos estándares.
 - Si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - Cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le respondemos.

Para las decisiones normales sobre la cobertura, usamos un plazo estándar.

Esto quiere decir que le responderemos en un plazo de 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 **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo,** si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Le responderemos la queja cuando tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).

Para decisiones rápidas sobre la cobertura, utilizamos un período acelerado.

Una decisión rápida 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, podemos tardar hasta otros 14 días si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo.** Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas). Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- **Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para la atención médica que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan para cambiar una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama una **reconsideración**.

Una apelación acelerada también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una apelación acelerada. Le proporcionaremos una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se necesitan para una decisión acelerada sobre la cobertura, y se describen en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada

- **Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación acelerada, preséntela por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedirnos una copia de toda la información relacionada con su decisión médica. Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla.** Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando el plan revisa su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación acelerada

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - **Sin embargo,** si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - Si no le respondemos a más tardar en un plazo de 72 horas (o al final del periodo ampliado, si nos tomamos más días), tenemos la obligación de elevar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibimos la apelación.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y le enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** luego de la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
 - **Sin embargo**, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar **podemos tomarnos hasta 14 días calendario más** si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - Si usted considera que *no* debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre las quejas).
 - Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la Sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura a más tardar en un plazo de 30 días calendario si solicitó un servicio o artículo médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- **Si nuestro plan responde que no a una parte o a la totalidad de su apelación**, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2**Términos legales**

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**.

A veces se conoce como **IRE**.

La **organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare**. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa la apelación.

- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia 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 en el Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada en el Nivel 2

- Para la apelación acelerada, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haberla recibido.
- 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 estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** desde que la recibe. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir de 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 responderá.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las revisiones rápidas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión dice que sí a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para las **revisiones rápidas**, tenemos **un plazo de 24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización responde 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 salud. (Esto se llama **respaldar la decisión o denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Que explique su decisión.
 - Le notificaremos de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica solicitada cumple con cierta cantidad mínima. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares necesario que debe reunir para continuar el proceso de apelaciones.
 - Que indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 ¿Qué sucede si recibe una factura de atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde?

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que usted necesite pedir un reembolso o que paguemos por 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 de cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, máximo de 60 días calendario, a partir del momento en que recibamos su solicitud. Si aún no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* tiene cobertura, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos la atención médica y los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, **puede presentar una apelación**. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión de 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. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tome en cuenta lo siguiente:

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente resuelve que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, 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

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico). Para ver los detalles sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección solo se trata de sus medicamentos de la Parte D.** A fin de simplificar, en lugar de repetir las frases *medicamento recetado y cubierto en pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* usaremos solo medicamento. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025*.

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D

Términos legales

Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos que reciba. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025*. **Pedir una excepción. Sección 6.2.**
- Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite en la cantidad que puede recibir de un medicamento, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento antes). **Pedir una excepción. Sección 6.2.**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pedir una excepción. Sección 6.2.**

- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión sobre la cobertura. Sección 6.4.**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4.**

Si no está de acuerdo con una decisión del plan sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos**.

Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama en ocasiones una **excepción de nivel**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera en la que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplica a medicamentos del Nivel 4 para medicamentos no preferidos o medicamentos genéricos del Nivel 2. No puede solicitar una excepción para no pagar el monto del costo compartido que le corresponde para recibir el medicamento.
2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5 se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del costo compartido que deba pagar por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en uno de seis niveles de costo compartido. En términos generales, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su parte del costo del medicamento.
- Si la Lista de Medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su condición médica que están en un nivel menor de costo compartido que su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto del costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca para tratar su condición.
 - Si el medicamento que toma es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene los medicamentos alternativos de marca o genéricos para tratar su condición.
 - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento de Nivel 5 (medicamentos especializados).
 - Si aprobamos su solicitud de una excepción de nivel y hay más de un nivel inferior de costo compartido con los medicamentos alternativos que no puede tomar, normalmente pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Información importante que debe saber para solicitar excepciones

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que receta 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 receta al solicitar la excepción.

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

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aceptamos su solicitud de una excepción, por lo general, la aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición. siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si el plan responde que no a su solicitud, usted tiene derecho a solicitar otra revisión presentando una apelación.

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

Términos legales

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Las **decisiones normales sobre la cobertura** se realizan **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de la declaración de su médico. Las **decisiones rápidas sobre la cobertura** se realizan **en un plazo de 24 horas** después de la recepción de la declaración de su médico.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una decisión rápida sobre la cobertura. Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida de cobertura:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (Usted no puede solicitar una decisión rápida de cobertura cuando se trata del reembolso de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su bienestar.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura, le daremos decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.**
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos este tipo de decisión.** Si no aprobamos la decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
 - Que explique la implementación de plazos estándares.

- Que indique que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- Que le informe sobre cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja informal en un plazo de 24 horas de haberla recibido.

Paso 2: Solicite una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones sobre la cobertura por medio de nuestro sitio web. 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 (kp.org). El Capítulo 2 tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado está apelando.

Tanto usted como su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo dice cómo otorgar un permiso por escrito a alguien más para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la declaración de respaldo** que contiene los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O el médico u otro profesional que le expida recetas pueden explicarnos las razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

Paso 3 Evaluamos su solicitud y le respondemos.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.

- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si respondemos que no a una 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 de la Parte D que todavía no haya recibido

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos **proporcionar la cobertura** que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- **Si respondemos que no a una 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 ha comprado

- 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 será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a una 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 4 Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos no, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para los medicamentos que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación del plan**.

Una apelación acelerada también se denomina **redeterminación rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días calendario. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada

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

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe contactarnos para presentar su apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una **apelación acelerada**.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Para apelaciones aceleradas, envíelas por escrito o llámenos al 1-888-777-5536.** El Capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de redeterminación modelo CMS*, que está disponible en nuestro sitio web (kp.org). Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.

- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 65 días calendario** después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más información.** Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que emita recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación acelerada

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud,** debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- **Si respondemos no a toda o parte de su solicitud,** le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que todavía no haya recibido

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. En la Sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos brindar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo a su problema médico, pero, a más tardar, **7 días calendario** después de haber recibido la apelación.
- **Si respondemos no a toda o parte de su solicitud**, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el 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 será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si respondemos que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si respondemos que no a una 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 4 Si respondemos no a su apelación, usted tiene derecho a continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación.

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

Términos legales

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**.

A veces se conoce como **IRE**.

La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar que revisen su caso.

- Si respondemos no a su apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso por escrito que incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se explicará quiénes pueden presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no terminamos la revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una decisión **en riesgo** según un programa de control de los medicamentos, le enviaremos su reclamo a la IRE automáticamente.
- 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.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa la apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación acelerada

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.
- Si la organización la acepta, debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responderle la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido la apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos dinero por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le responderá.

Para las apelaciones aceleradas:

- **Si la organización de revisión independiente responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 24 horas** desde el momento en que recibimos la decisión de la revisión de la organización.

Apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente responde sí a toda o parte de su solicitud de cobertura**, debemos **autorizar la cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente responde sí a toda o parte de su solicitud de reembolso** para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido la decisión de la organización.

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

Si esta organización responde que no **a parte o a la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **respaldar la decisión**. También se llama **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Que explique su decisión.
- Que le notifique de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será final.
- Que le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 4 Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o 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 pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que le darán el alta antes de tiempo**

Cuando usted es hospitalizado, tiene el derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos cuando son necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

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

- El día en que usted abandona el hospital se llama **fecha del alta**.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos

Dentro de los dos días calendario después de ser hospitalizado, recibirá un aviso por escrito con el título *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídasela a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicio a los Miembros o 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. Lea cuidadosamente esta notificación y pregunte si no entiende algo. Contiene la siguiente información:

- Su derecho a recibir servicios cubiertos de Medicare durante y después de su 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 de las decisiones acerca de su hospitalización.
- Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que le están dando de alta del hospital muy pronto. Es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Debe firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.

- A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme la notificación.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha de alta hospitalaria. Firmar la **notificación no significa** que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.

3. Guarde una copia del aviso a mano para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).

- Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
- Si desea ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicio a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede consultarlo en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

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

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

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales en atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **antes de la medianoche de la fecha programada para el alta hospitalaria**.
 - **Si cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta hospitalaria *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple con este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta hospitalaria, *es posible que deba pagar todos los costos asociados* a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día posterior al que se comunican con nosotros, le entregaremos un **Aviso detallado de alta hospitalaria**. Esta notificación incluye 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.

A fin recibir una copia del **Aviso detallado de alta hospitalaria**, puede llamar a Servicio a los Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048). También puede ver un ejemplo del aviso en línea, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.

- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha programada para el alta hospitalaria. Esta notificación también incluye detalles sobre 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.

Paso 3: Una vez que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión responde que *sí*, **debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados con cobertura durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión responde que *no*, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es apropiada desde el punto de vista médico. En este caso, **nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finalizará** al mediodía del día *siguiente* al que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si 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 dice *no* a 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 usted pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

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

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.

Paso 1: Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de la fecha de recepción de su solicitud de Apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión responde que sí:

- **Debemos reembolsarle** el porcentaje que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar cubriendo la atención como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde que no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Esto se llama respaldar la decisión.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso y usar el Nivel 3 de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o 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 8 Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo

<p>Sección 8.1 <i>Esta sección describe solo tres tipos de servicios: Atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)</i></p>

Cuando recibe servicios **médicos a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios) cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención siempre y cuando sea necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

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 nuestro porcentaje 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.

<p>Sección 8.2 Le informaremos con antelación sobre la finalización de su cobertura</p>

<p>Términos legales</p>

<p>Notificación de No Cobertura de Medicare. En la notificación, se explica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida. Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención.</p>

- 1. Recibirá una notificación por escrito** por lo menos dos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención. La notificación contiene la siguiente información:
 - La fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo presentar una apelación por la vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.
- 2. Usted o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.** Al firmar el aviso, usted *solo* acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con la decisión del plan de dejar de proporcionarle atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, 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.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

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 supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación por la vía rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió (*Notificación de No Cobertura de Medicare*), se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O puede encontrar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** de la *Notificación de No Cobertura de Medicare*.
- Si vence el plazo y desea presentar una apelación, es posible que aún tenga otros derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2 La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.**Términos legales**

Explicación detallada de no cobertura. Notificación que contiene información detallada sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión 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 la **Explicación detallada de no cobertura** para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: Los revisores le comunicarán su decisión a más tardar en un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.*¿Qué sucede si los revisores responden que sí?*

- Si los revisores responden *sí* a su apelación, **debemos continuar cubriendo sus servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si se aplican). Es posible que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores responden *no*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de la atención médica.

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

- Si los revisores responden que *no* a su apelación de Nivel 1, y usted escoge continuar recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--

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 tenga que pagar el costo total de su atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que hayamos dicho que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Contacte de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda *no* a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario siguientes a haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando cobertura** de esta atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- 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 llevar su apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o 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 9 Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior

Sección 9.1 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes 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. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre cómo debe presentar 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. Consulte a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que sí a su apelación, el proceso de apelación *podría* finalizar o *no*.** A diferencia de una decisión en una apelación del Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, esta decisión pasará a ser una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en los 60 días calendario siguientes al momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que no a su apelación, el proceso de apelación *podría* 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. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si 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 *podría* finalizar o *no*.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable a usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* finalizar o *no*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5 Un juez del **Tribunal de Distrito Federal** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de Medicare 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 que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Consulte a continuación quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones quedará finalizado.** 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 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. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones quedará finalizado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo no mayor a 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si la respuesta es no, el proceso de apelaciones *puede o no finalizar*.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación 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. En el aviso por escrito también se le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas informales?

El proceso de quejas informales se utiliza *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. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas.

queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto a su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?

queja	Ejemplo
Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto? • ¿Está disconforme con nuestro Servicio a los Miembros? • ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla? • ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O a nuestro Servicio a los Miembros u otro representante del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta médica.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le enviamos una notificación que debíamos enviarle? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas informales están relacionados con la <i>puntualidad</i> de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Vea aquí algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una <i>queja informal si nos solicitó una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación acelerada</i>, y le respondimos que no. • Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones o apelaciones de cobertura, puede presentar una queja. • Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para devolverle o reembolsarle el costo de ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados, puede presentar una queja. • Si cree que no respetamos los plazos necesarios para enviarle su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja informal**Términos legales**

- A una **queja informal** también se le llama **queja formal**.
- A **presentar una queja informal** también se le llama **interponer una queja formal**.
- **Al uso del proceso para quejas informales** también se le llama **uso del proceso para interponer una queja formal**.
- Una **queja acelerada** también se denomina **queja formal rápida**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja informal**Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea telefónicamente o por escrito.**

- **En general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros.** Ellos le informarán si es necesario que haga algo más.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su queja informal por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja se relaciona con la calidad de la atención.
- **Si tiene una queja informal, intentaremos solucionarla por teléfono.** Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un procedimiento formal para revisarla. Su queja formal debe explicar el problema, debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte en el Capítulo 2 con quién debe comunicarse si tiene una queja.
 - Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario después del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la queja informal. Es posible que ampliemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
 - Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión de cobertura o una apelación por atención o elementos médicos, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión de cobertura o una apelación por atención o elementos médicos. Debemos responder a su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas**.
- El **plazo** para presentar una queja informal es de 60 días calendario después de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja informal.

Paso 2: Analizamos su queja y le responderemos.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos responderle durante la llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si nos solicita más tiempo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario (44 días en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja informal porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación acelerada, automáticamente trataremos su solicitud como una queja acelerada.** Si presenta una queja acelerada, le responderemos dentro de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja informal, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4 También puede presentar quejas informales sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja informal se refiere a la *calidad de la atención*, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja informal directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.**
- La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. El Capítulo 2 tiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja informal tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare sobre su queja informal

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja ante Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

Capítulo 10. Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de la membresía en nuestro plan

Usted puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma **voluntaria** (cuando usted toma la decisión) o de forma **involuntaria** (cuando usted no toma la decisión):

- Podría dejar de participar en el plan porque ha decidido que quiere dejarlo. En las Secciones 2 y 3 se brinda información sobre la cancelación voluntaria de la membresía.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a poner fin a su membresía. En la Sección 5, se informa en qué situaciones debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debemos seguir brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted debe continuar pagando su parte del costo hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía de nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el **Período de inscripción abierta anual**). En este periodo, revise su cobertura de atención médica y de medicamentos para decidir sobre su cobertura para el año siguiente.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre**.
- **Elija el mantenimiento de su cobertura actual o cambiar su cobertura en el año siguiente.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede escoger alguno de los tipos de planes siguientes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Original Medicare *con* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
 - O bien, Original Medicare *sin* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
 - Si elige esta opción, Medicare podrá inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan, el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Tiene la posibilidad de hacer *un* cambio a su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage anual** es del 1 de enero al 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que estén inscritos en un plan MA, desde el mes de tener derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage**, usted puede:
 - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados.
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura con Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un Período de inscripción especial

En ciertas situaciones, los miembros de nuestro plan pueden reunir los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros periodos del año, conocidos como periodos de inscripción especial. Se los conoce como **Períodos de inscripción especial**.

Si alguna de las siguientes situaciones se aplica en su caso, es posible que sea elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial. A continuación se muestran tan solo algunos ejemplos; para conocer la lista completa, puede contactar a nuestro plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Normalmente, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si cumple los requisitos para recibir “Beneficio Adicional” para pagar sus recetas médicas de Medicare.
- Si infringe el contrato que tenemos con usted.

- Si recibe atención en una institución, como un centro de adultos mayores o un hospital de cuidados a largo plazo (Long-Term Care, LTC).
- Si se inscribe en el Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE).

Nota: Si está en un programa de manejo de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5, se ofrece más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber si reúne los requisitos para un Período de inscripción especial, por favor llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si cumple con los requisitos para cancelar su membresía por una situación especial, puede optar por cambiar su cobertura médica y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Original Medicare *con* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
- *O bien*, Original Medicare *sin* un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Su membresía finalizará usualmente el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Si obtiene “Beneficio Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:

Si usted se cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan individual de medicamentos recetados de Medicare, Medicare lo inscribirá en un plan de medicamentos, a menos que haya indicado que no debemos hacer la inscripción automática.

Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre cancelar su membresía, puede:

- **Llame a Servicio a los Miembros.**
- Encontrar la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- Comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

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:
<ul style="list-style-type: none"> • Otro plan de salud de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>con</i> un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inscribese en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. • Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none"> • Original Medicare <i>sin</i> un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su afiliación. Llame a Servicio a los Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede comunicarse con Medicare, en el 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 la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su afiliación a nuestro plan se cancelará cuando inicie la cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo artículos, servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe seguir recibiendo servicios, artículos médicos y medicamentos recetados por medio de nuestro plan.

- Continúe obteniendo la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red.
- Continúe surtiendo sus recetas en nuestras farmacias de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo.

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

- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan?

Debemos cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene Medicare Parte A y Parte B.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. (No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero 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 finalizamos 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 paga, Medicare cancelará su afiliación a nuestro plan 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, llame a Servicio a los Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja informal si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hacemos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja formal o informal sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

Capítulo 11: Notificaciones legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la legislación vigente

La principal ley que regula este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), en virtud de la Ley del Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento.

SECCIÓN 2 Notificación sobre la no discriminación

No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamos, expediente médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964, la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad (Age Discrimination Act) de 1975, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles (Affordable Care Act), todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, por favor llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su Oficina de Derechos Civiles local. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una incapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, por favor llámenos a Servicio a los Miembros. Si tiene alguna queja, tal como algún problema relacionado con el acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de los Pagadores Secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de obtener una compensación por 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 Advantage Care Plus VA, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de los CMS de las subsecciones B a D de la Sección 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

SECCIÓN 4 Administración de esta *Evidencia de Cobertura*

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 5 Solicitudes y declaraciones

Debe llenar las solicitudes, formularios y declaraciones que solicitemos en el curso normal de nuestras actividades comerciales o según se indique en esta *Evidencia de Cobertura*.

SECCIÓN 6 Cesión

No puede ceder esta *Evidencia de Cobertura* ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo 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 los hospitales del plan, 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 7 del Capítulo 1, “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, debe usarlo en combinación con su cobertura como miembro del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA para pagar la atención que recibe. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldrá su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos debe se lo envían directamente a usted, la ley de Medicare le exige que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad civil de terceros, consulte la Sección 16 de este capítulo, y para los pagos primarios en casos de compensación del trabajador, la Sección 18 de este capítulo.

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 todos 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, es responsable del costo de servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o fuera de la red.

SECCIÓN 13 Sin exención

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta *Evidencia de Cobertura*, ello no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones por usted.

SECCIÓN 14 Avisos

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si cambia de domicilio, por favor llame lo antes posible a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento) y al Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) para reportar su nuevo lugar de residencia.

SECCIÓN 15 Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho 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 7 del Capítulo 1, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro médico) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios.

Nota: Esta sección de “Responsabilidad civil de terceros” no afecta su obligación de pagar el costo compartido por 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. Estaremos subrogados a partir del momento que enviamos por correo o entregamos a usted o a su abogado una notificación por escrito de que hemos decidido hacer uso de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y reembolso sobre las ganancias de cualquier acuerdo o dictamen judicial que usted o nosotros obtengamos en contra de un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Este dinero se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que el monto total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar honorarios de abogados ni ningún costo del abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin que sea necesario iniciar una acción legal, le concederemos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para imponer los intereses, no habrá descuento en la adquisición.

En los 30 días siguientes haber presentado un reclamo o acción judicial contra un tercero, debe enviar aviso por escrito de esta reclamación o acción judicial a:

Kaiser Permanente
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 puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Podemos asignar nuestros derechos de retención y de otro tipo para ejercerlos.

SECCIÓN 17 Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

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 los 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 compensación del trabajador

Tal como se establece en la Sección 7 del Capítulo 1, la compensación del trabajador generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir pagos primarios según la ley de compensación del trabajador o a la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “beneficio financiero”), conforme al seguro de los trabajadores 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 Embarazo por encargo de terceros

En los casos en que una miembro recibe una compensación monetaria para tener un embarazo subrogado, nuestro plan solicitará el reembolso de todos los Cargos del Plan correspondientes a los servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo o el parto. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en el que una mujer accede a embarazarse y entregar al bebé a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño.

Capítulo 12: Definición de términos importantes

Advantage Plus: Un paquete de beneficios adicionales opcionales que puede comprar durante el período de inscripción anual y otros plazos limitados. Los dos paquetes de beneficios suplementarios que se ofrecen incluyen artículos para la visión, audífonos y beneficios dentales integrales, o solo beneficios dentales integrales por una prima mensual adicional que se agrega a la prima de su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus (consulte la Sección 2.3 del Capítulo 4 para obtener más información).

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un concepto o servicio. Si el costo de los conceptos o servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica al gasto de bolsillo máximo anual.

Centro de cirugía ambulatoria: Un centro de cirugía ambulatoria es una entidad que funciona exclusivamente con el fin de proporcionar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no requieren hospitalización y cuya permanencia esperada no supera las 24 horas.

Monto anual de cobertura de beneficios: Para el beneficio POS de Care Plus, el monto anual de la cobertura de beneficios es el monto máximo en dólares que nuestro plan pagará a los proveedores fuera de la red por sus servicios cubiertos. El monto facturado de los servicios recibidos, menos los copagos, se acumulan para el monto anual de cobertura de beneficios. Una vez que se alcance el monto anual de cobertura de beneficios, deberá pagar el saldo del costo facturado por ese servicio.

Período de inscripción anual: Período desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre de cada año durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare.

Apelación: Es lo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención para la salud 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.

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 nuestro 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 el saldo** o de otro modo le cobren más que el costo compartido que nuestro plan dice que usted debe pagar.

Período de beneficios: La manera en la que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios de un centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que usted va a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención en un SNF. Si usted ingresa en un centro de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: Un medicamento recetado elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (consulte también “**Producto biológico original**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: Un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de obtener una nueva receta médica (consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes producen y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura para Catástrofes: La etapa de beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado **\$2,000** en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centro de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): Agencia federal que administra Medicare.

Coseguro: Monto que posiblemente tenga que pagar como costo compartido por servicios o medicamentos recetados, expresado como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) de los cargos del plan.

Queja informal: El nombre formal para presentar una queja informal es **interponer una queja formal**. El proceso de quejas informales se utiliza *solamente* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

Lista completa de medicamentos recetados disponibles (o “Lista de Medicamentos”): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): Un centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla o del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno familiar.

Coordinación de beneficios (COB): La coordinación de beneficios es una cláusula que se usa para establecer el orden en que se pagan los reclamos cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro 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 7 del Capítulo 1 y la Sección 8 del Capítulo 11.

Copago: Un monto que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10) y no un porcentaje.

Costo compartido: El monto que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Son adicionales a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen una combinación de cualquiera de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier monto de deducible que un plan imponga antes de que empiece a cubrir sus medicamentos o servicios; (2) cualquier monto fijo de copago que un plan requiera cuando recibe medicamentos o servicios específicos, o (3) cualquier monto de coseguro como porcentaje del monto total pagado por un medicamento o servicio, que un plan requiere cuando recibe un medicamento o servicio específico.

Nota: En algunos casos, es posible que no tenga que pagar todos los costos compartidos correspondientes al momento de recibir los servicios, situación en la le enviaremos más adelante 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 productos que solicite por anticipado, usted cubre el costo compartido vigente el día de la orden (aunque no cubriremos el artículo a menos que usted todavía tenga cobertura en la fecha de entrega) y es posible que deba cubrir el costo compartido cuando 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.

Nivel de costo compartido: Todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos forman parte de uno de seis niveles de costo compartido. En general, entre más alto sea el nivel de costo compartido, más deberá pagar por el medicamento.

Determinación de cobertura: Una decisión acerca de si un medicamento recetado está cubierto en nuestro plan, y el monto, si lo hubiera, que usted debe pagar por ese medicamento. En general, si lleva su receta médica a una farmacia y la farmacia le informa que el medicamento no tiene cobertura por medio de nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a nuestro plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se llaman **decisiones sobre la cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término que usamos para referirnos a los suministros y servicios de atención para la salud que tienen cobertura a través de nuestro plan.

Cobertura acreditable 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 estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para recibir Medicare normalmente

pueden mantenerla sin pagar una multa en caso de que decidan posteriormente inscribirse en una cobertura de medicamentos recetados de Medicare.

Atención de custodia: La atención de custodia es la que se proporciona en un centro de adultos mayores, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia que proporcionan personas que no tienen habilidades ni capacitación profesionales, incluye ayudar con actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o de una silla de ruedas, desplazarse y usar el baño. Además, puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

Tarifa de costos compartidos diaria: Es posible que se aplique una tarifa de costo compartido diaria cuando su médico le recete un suministro mensual de determinados medicamentos y se le pida a usted pagar un copago. La tarifa de costo compartido diaria es el copago dividido entre el número de días en un suministro mensual. El siguiente es un ejemplo: Si el copago para un suministro de 1 mes de un medicamento es de \$30 y si su plan define un mes como 30 días, entonces su tarifa de costos compartidos diaria es de \$1 diario.

Deducible: El monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados, antes de que pague nuestro plan.

Desafiliarse o cancelación de la afiliación: Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa por entrega: Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica, como, por ejemplo, el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y empaquetar el medicamento recetado.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP): Los D-SNP están destinados a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Algunos estados cubren ciertos costos de Medicare, de acuerdo con la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Entre ellos, se incluyen los siguientes ejemplos: andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bomba de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Una emergencia médica es una situación en la que usted 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 (y si cursa un embarazo, la pérdida de un bebé no nacido), la pérdida de una extremidad o de la función de una extremidad, o la insuficiencia grave de una función del organismo. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que son: (1) proporcionados por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Condición médica de emergencia: Una condición médica o trastorno de salud mental que se manifiesta con síntomas agudos (incluido el dolor intenso) y de la que una persona no profesional prudente con conocimientos promedio de salud y medicina consideraría razonablemente que si no recibe atención médica inmediata podría causar:

- Riesgo grave para la salud de la persona o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación.
- Se podrían deteriorar de manera grave las funciones corporales.
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Evidencia de Cobertura (EOC) y entrega de información: Este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula añadida u otra cobertura opcional seleccionada, que explican cuál es su cobertura, qué debemos hacer, cuáles son sus derechos y también sus responsabilidades como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión sobre la cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de nuestra lista de medicamentos cubiertos (una excepción a dicha lista) o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción en el nivel de costos compartidos). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere una autorización previa para un medicamento y desea que anulemos los criterios de restricción (una excepción a la lista de medicamentos cubiertos).

Medicamento excluido: Un medicamento que no es un “medicamento cubierto de la Parte D”, según se define en el código 42 U.S.C., Sección 1395w-102(e).

Beneficio Adicional: Programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a pagar los costos del programa para medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: Un medicamento recetado que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) como producto que incluye los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los medicamentos de marca y, por lo general, cuestan menos.

Queja formal: Un tipo de queja informal que presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, y que incluye una queja informal sobre la calidad de la atención que recibe. Esta queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

HMO-POS: Un plan HMO-POS es un plan HMO con un beneficio de Punto de Servicio (POS). “Punto de Servicio” significa que puede usar proveedores fuera del área de servicio de Kaiser Permanente y de nuestra red para ciertos servicios por un costo adicional (consulte la Sección 2.2. del Capítulo 4, para obtener más información sobre los servicios cubiertos y los costos compartidos).

Auxiliar de salud a domicilio: Una persona que proporciona servicios que no requieren la habilidad de un enfermero titulado o de un terapeuta, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el inodoro, vestirse o hacer los ejercicios indicados por el médico).

Atención médica a domicilio: Atención de enfermería especializada y otros servicios de atención para la salud que usted recibe en casa para el tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos se incluyen en el Cuadro de Beneficios Médicos de la Sección 2 del Capítulo 4. Cubrimos la atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención médica a domicilio puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliar para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de salud a domicilio no incluyen los servicios de amas de llaves, arreglos para el servicio de alimentos ni atención de enfermería en el hogar de tiempo completo.

Cuidados paliativos: Beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro certificado médicamente como paciente terminal. lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si desea elegir cuidados paliativos y continuar pagando primas, aún es miembro de su plan. Aún puede obtener todos los servicios médicamente necesarios como así también los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización de pacientes hospitalizados: Una hospitalización es cuando se le admite formalmente en el hospital para que reciba servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que aún pueda considerarse un “paciente ambulatorio”.

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 (IRMAA). El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Puesto que menos de 5% de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Etapa de Cobertura Inicial: Es la etapa anterior a cuando el costo total de sus medicamentos alcanza el monto de \$2,000, incluyendo lo que usted haya pagado y lo que nuestro plan haya pagado en su nombre en el año.

Período de Inscripción Inicial: Cuando usted reúne los requisitos para participar en Medicare por primera vez; es el período en el que puede inscribirse a Medicare Parte A y Parte B. Si reúne los requisitos para participar en Medicare al cumplir los 65 años de edad, su Período de Inscripción Inicial es el período 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.

Atención de paciente hospitalizado: Atención médica que recibe durante la hospitalización en un hospital general de atención de problemas médicos agudos.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede usarse para sustituir un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta médica, ya que cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial para sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan): Kaiser Foundation Health Plan of the Mid Atlantic States, Inc. es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En la *Evidencia de Cobertura* a veces se hace referencia a Health Plan como “nosotros” o “nos”.

Kaiser Permanente: Plan de salud y Grupo médico.

Kaiser Permanente Region (Región): Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Consulte más información en la Sección 2.4 del Capítulo 3.

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. No son centros de cuidados a largo plazo como los centros de atención para pacientes convalecientes o con servicios de vida asistida.

Subsidio para bajos ingresos (LIS): Ver “Beneficio Adicional”.

Programa de descuentos del fabricante: Un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Monto de gastos máximos de bolsillo: Lo máximo que usted paga de bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, por las primas de Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto del gasto máximo de bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas de Medicaid estatales pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Servicios o atención médica: Servicios de atención médica o artículos. Algunos ejemplos de artículos de atención médica incluyen equipo médico duradero, anteojos y medicamentos que cubre Medicare Parte A o Parte B, pero no los medicamentos que cubre Medicare Parte D.

Grupo médico: Es la red de proveedores del plan, que tienen un contrato con nuestro plan para proporcionarle los servicios cubiertos. El nombre de nuestro grupo médico es Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C, una organización profesional con fines de lucro.

Indicación médicamente aceptada: Uso de un medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o está respaldada por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX.

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.

Medicare: Programa federal de seguro para personas mayores de 65 años, para algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y para personas que padecen enfermedad renal en fase terminal (generalmente, las que tienen insuficiencia renal permanente o que necesitan diálisis o trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo, durante el cual los miembros de un plan de Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan de Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan independiente de medicamentos recetados de Medicare en ese momento. El Periodo de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage también está disponible por un periodo de 3 meses después de que una persona resulta elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): Llamado en ocasiones Medicare Parte C, es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser: (i) un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), (ii) una organización de proveedores preferidos (PPO), (iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o (iv) un plan cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir el tipo de plan, un plan de Medicare Advantage de una HMO o PPO también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos de venta con receta). Estos planes se llaman **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B. El término servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, tales como los artículos de la visión, dentales o audífonos, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

Medicare Health Plan: Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. El término incluye todos los planes de Medicare Advantage, planes de Medicare Cost, planes de necesidades especiales, programas de

demonstración o piloto, y Programas de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D): Seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos artículos para pacientes ambulatorios que no cubre Medicare Parte A o Parte B.

“Medigap” (seguro adicional de Medicare): Seguro adicional 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 de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o Miembro del Plan): Una 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).

Servicio a los Miembros: Un departamento de nuestro plan que tiene como responsabilidad responder sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas formales y apelaciones.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red.

Médico de la red: Cualquier médico certificado que sea socio o empleado del Medical Group o cualquier médico certificado que se contrata para prestar servicios a nuestros miembros (excepto los médicos que se contratan solo para brindar servicios por referencia).

Proveedor de la red: Proveedor es el término general 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 **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago por los servicios prestados y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: Determinación de nuestro plan cuando decide si los conceptos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los conceptos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones sobre la cobertura en este documento.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se le llama producto de referencia.

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. 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.

Farmacia fuera de la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no tienen cobertura a través de nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones (consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener más información).

Proveedor fuera de la red o centro de atención fuera de la red: Un proveedor o centro de atención que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que nuestro plan no emplea, posee u opera.

Gastos de bolsillo: Consulte la definición de costo compartido proporcionada anteriormente. También se hace referencia como “gastos de bolsillo” del miembro al requisito de costo compartido que un miembro debe pagar por una parte de los servicios o medicamentos que recibe.

Límite de gastos de bolsillo: El gasto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: Un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios y apoyos médicos, sociales y largo plazo (LTSS) para las personas cuyo estado de salud es delicado, con el objetivo de ayudar a las personas a ser independientes en su comunidad (en lugar de mudarse a un centro de adultos mayores y personas con discapacidad) durante el tiempo que sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben tanto los beneficios de Medicare como de Medicaid a través del plan.

Parte C: Consulte Plan de Medicare Advantage (MA).

Parte D: Programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso ha excluido de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: Un monto que se agrega a su prima mensual de la cobertura de Medicare para medicamentos si usted se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más luego de que resulta elegible por primera vez para ingresar a un plan de la Parte D.

Monto permitido por el médico: El monto máximo del cargo facturado que nuestro plan determina que debe pagar por los servicios cubiertos. Para el beneficio POS de Care Plus, el monto permitido por el médico se basa en el programa de tarifas de Medicare.

Plan: Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA.

Cargos del Plan: Cargos del Plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de los servicios prestados por el grupo médico o los hospitales del plan, los cargos en el calendario del plan de salud del grupo médico y los cargos de los hospitales del plan por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios que se pagan por capitación a un proveedor (excepto el grupo médico u hospitales del plan), los cargos de la cédula 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, la cantidad que la farmacia cobraría al miembro por un artículo no cubierto en su plan de beneficios (este monto es un estimado que comprende lo siguiente: 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 Health Plan).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

Cuidados posestabilización: Servicios necesarios desde el punto de vista médico relacionados con su condición médica de emergencia y que usted recibe después de que su médico tratante determina que la afección es clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su afección empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

Costo compartido preferido: El costo compartido preferido significa un costo compartido menor para ciertos medicamentos cubiertos de la Parte D en ciertas farmacias de la red.

Farmacia preferida: Una farmacia del plan donde puede obtener sus recetas con copagos preferidos. Estas farmacias, normalmente, están ubicadas en los consultorios médicos de la red (consulte el *Directorio de Farmacias* para conocer las ubicaciones). El monto que paga en estas farmacias es menor que lo que paga en otras farmacias de la red que solamente ofrecen costo compartido estándar, a las cuales se les llama farmacias estándar en este documento.

Plan de la Organización de proveedores preferidos (PPO): Plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que acordaron tratar a los miembros del plan por un pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea por medio de proveedores de la red o que no pertenecen a la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando reciban los beneficios del plan de proveedores que no

pertenecen a la red. Los planes de PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo por servicios que se reciben de proveedores (preferidos) de la red y un límite más elevado en los gastos de bolsillo combinados totales por servicios de proveedores (preferidos) de la red y (no preferidos) que no pertenecen a la red.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

Proveedor de atención primaria (PCP): El médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier proveedor de atención médica.

Autorización previa: Aprobación con antelación para recibir servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se especifican en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 y se describen en la Sección 2.3 del Capítulo 3. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la lista de medicamentos cubiertos y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Prostética y ortopedia: Dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y urología, y terapia nutricional entérica y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO): Un grupo de médicos y otros expertos de atención médica que trabajan para el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Herramienta de beneficios en tiempo real: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito sobre la lista de medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos cubiertos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (Autorización previa, Terapia escalonada, Límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen la fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: Un área geográfica donde debe vivir para inscribirse a un plan de salud particular. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que puede usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

Servicios: Artículos, suministros o servicios de atención para la salud.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): Atención de enfermería especializada y servicios de rehabilitación proporcionados diariamente y de manera continua en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de servicios incluyen la fisioterapia e inyecciones intravenosas que solo pueden administrar una enfermera titulada o un médico.

Período de inscripción especial: Tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o regresar a Original Medicare. Estas son algunas de las situaciones en las que sería elegible para un periodo de inscripción especial: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Beneficio Adicional” con los costos de los medicamentos recetados, si se muda a un hogar para ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: Tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona atención médica más especializada para grupos específicos de personas, tales como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un centro de adultos mayores o que tienen determinadas condiciones médicas crónicas.

Medicamentos especializados: Medicamentos de costo muy alto que cuentan con la aprobación de la FDA y se incluyen en nuestra lista de medicamentos cubiertos.

Costo compartido estándar: El costo compartido estándar es un costo compartido diferente al costo compartido preferido que se ofrece en una farmacia de la red.

Farmacia estándar: Una farmacia del plan donde puede obtener sus recetas con copagos estándar. Estas farmacias, normalmente, no están ubicadas en los consultorios médicos de la red (consulte el *Directorio de Farmacias* para conocer las ubicaciones). El monto que usted paga en estas farmacias es mayor que lo que paga en las farmacias de la red que solamente ofrecen costo compartido preferido, a las cuales se les llama farmacias preferidas en este documento.

Ingresos adicionales del Seguro Social (SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas de bajos ingresos y recursos limitados con discapacidad, están ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

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



Servicio a los Miembros del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Care Plus VA

Método	Servicio a los Miembros: Información de contacto
LLAMADAS	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 gratuitos de interpretación de idiomas a 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.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Member Services Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	kp.org

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico

El Programa de Asistencia sobre Seguro Médico (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.

Declaración de revelación de la PRA: Según la Ley de Simplificación de Trámites Administrativos de 1995, ninguna persona está obligada a responder una solicitud de información, a menos que incluya un número válido de control de la OMB (Office of Management and Budget, Oficina de Administración y Presupuesto). El número de control de la OMB válido para esta solicitud de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.