Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2022

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 (HMO)

Este folleto incluye información detallada sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022. Se explica cómo obtener cobertura para los servicios de atención para la salud y los medicamentos recetados que necesita. Este es un documento legal importante. así que le recomendamos que por favor lo guarde en un lugar seguro.

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

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

This document is available for free in Spanish. Please contact our Member Services number at **1-888-777-5536** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week.

Este documento está disponible en letra grande o en braille; si lo necesita, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

Es posible que los beneficios, las primas, el deducible, los copagos o el coseguro cambien el 1 de enero de 2023. 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.

H2172_21_63SP_C
PBP #: 001, 002, 003, 004, 006, 008, 009, 010, 011 y 012
OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

KAISER PERMANENTE®

Evidencia de Cobertura de 2022
Índice

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

Capítulo 1 — Introducción para miembros 5
Explica qué significa ser un miembro de un plan de salud de Medicare y cómo usar este folleto. Se indica qué materiales recibirá, la prima del plan, la penalización por inscripción tardía de la Parte D, la tarjeta de membresía del plan y cómo mantener actualizado el registro de su membresía.

Capítulo 2 — Números de teléfono y recursos importantes 24
Se indica cómo comunicarse con nuestro plan (Kaiser Permanente Medicare Advantage) y con otras organizaciones, entre ellas Medicare, el Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP), la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, el Seguro Social, Medicaid (el programa estatal de seguro médico para personas con bajos ingresos), los programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos recetados y la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.

Capítulo 3 — Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos..... 40
Se explica información importante que debe conocer sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan. Los temas incluyen cómo usar los proveedores de la red de nuestro plan y cómo obtener atención en una emergencia.

Capítulo 4 — Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)..... 57
Se ofrecen detalles sobre qué servicios de atención médica tienen cobertura y cuáles no para usted como miembro. Se explica qué porcentaje de los costos de la atención médica cubierta le corresponde pagar a usted.

Capítulo 5 — Utilización de la cobertura de nuestro plan para sus medicamentos recetados de la Parte D..... 166
Se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos de la Parte D. Indica cómo usar la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022** para averiguar qué medicamentos están cubiertos. Incluye los tipos de medicamentos que no tienen cobertura. Explica los diferentes tipos de restricciones que se aplican a la cobertura para ciertos medicamentos. Explica dónde puede surtir sus recetas. Brinda información acerca de los programas de seguridad y administración de medicamentos que ofrece el plan.

Capítulo 6 — Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D 188
Incluye información sobre las tres etapas de cobertura de medicamentos (Etapa de cobertura inicial, Etapa del período de intervalo en la cobertura y Etapa de cobertura para catástrofes) y cómo afectan al porcentaje del costo de los medicamentos que le corresponde pagar a usted. Se explican los seis niveles de costo compartido para sus medicamentos de la Parte D y se le indica el monto que debe pagar por un medicamento en cada nivel de costo compartido.

Capítulo 7 — Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos 210
Explica cuándo y cómo debe enviarnos una factura para solicitar un reembolso del porcentaje del costo de los servicios o medicamentos cubiertos que usted recibe y que nos corresponde pagar.

Capítulo 8 — Sus derechos y responsabilidades 217
Explica sus derechos y responsabilidades como miembro del plan. Explica qué puede hacer si cree que no se están respetando sus derechos.

Capítulo 9 — Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas) 227
Se explica paso a paso qué debe hacer si tiene algún problema o inquietud como miembro de nuestro plan.

- Se describe cómo solicitar una decisión sobre la cobertura y cómo presentar una apelación si está teniendo problemas para obtener un servicio de atención médica o un medicamento recetado que usted considera que están cubiertos por nuestro plan. Esto incluye solicitarnos excepciones a las reglas o a las restricciones adicionales en la cobertura de medicamentos recetados, y pedirnos que sigamos cubriendo la atención en el hospital y determinados tipos de servicios médicos si usted cree que la cobertura termina demasiado pronto.
- Explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes.

Capítulo 10 — Cancelación de la membresía en nuestro plan 278
Explica en qué momento y de qué modo usted puede cancelar su membresía en el plan. Se explican las situaciones en las que es necesario que nuestro plan cancele su membresía.

Capítulo 11 — Notificaciones legales 286
Se incluyen avisos acerca de la ley en vigencia y acerca de la no discriminación.

Capítulo 12 — Definición de términos importantes 293
Se explican los términos clave usados en este folleto.

Capítulo 1 — Introducción para miembros

Sección 1 — Introducción 7
Sección 1.1 – Está inscrito en Kaiser Permanente Medicare Advantage, que es una HMO de Medicare 7
Sección 1.2 – ¿De qué se trata el folleto de la Evidencia de Cobertura? 7
Sección 1.3 – Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura 8

Sección 2 — ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan? 9
Sección 2.1 – Sus requisitos de elegibilidad 9
Sección 2.2 – ¿En qué consisten Medicare Parte A y Medicare Parte B? 9
Sección 2.3 – Área de servicio de nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage 9
Sección 2.4 – Ciudadano estadounidense o presencia legal en Estados Unidos 11

Sección 3 — ¿Qué otros materiales le enviaremos? 11
Sección 3.1 – Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos 11
Sección 3.2 – Directorio de Proveedores: Su guía de todos los proveedores de nuestra red 12
Sección 3.3 – Directorio de Farmacias: Su guía con todas las farmacias de la red 12
Sección 3.4 – La lista de medicamentos cubiertos (lista de medicamentos recetados disponibles) de nuestro plan 13
Sección 3.5 – La explicación de beneficios de la Parte D (la “EOB de la Parte D”): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D 13

Sección 4 — Su prima mensual de nuestro plan 14
Sección 4.1 – ¿Cuánto cuesta la prima de su plan? 14

Sección 5 — ¿Debe pagar la “penalización por inscripción tardía” en la Parte D? 15
Sección 5.1 – ¿Qué es la “penalización por inscripción tardía” en la Parte D? 15
Sección 5.2 – ¿Cuál es el monto de la penalización por inscripción tardía en la Parte D? 16
Sección 5.3 – En ciertas situaciones, puede inscribirse de forma tardía sin tener que pagar la multa 17
Sección 5.4 – ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D? 17

Sección 6 — ¿Tiene que pagar un monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos? 18
Sección 6.1 – ¿Quién paga un monto adicional de la Parte D debido a los ingresos? 18
Sección 6.2 – ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D? 18
Sección 6.3 – ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional en la Parte D? 18
Sección 6.4 – ¿Qué pasa si no paga el monto adicional de la Parte D? 18

Sección 7 — Más información sobre su prima mensual 19
Sección 7.1 – Puede pagar la prima del plan de diferentes maneras 19
Sección 7.2 – ¿Podemos cambiar su prima mensual del plan durante el año? 21

Sección 8 — Mantenga actualizado su registro de membresía del plan 21
Sección 8.1 – Cómo contribuir a que tengamos información exacta acerca de usted 21

Sección 9 — Protegemos la privacidad de su información médica personal 22
Sección 9.1 – Nos aseguramos de que su información médica esté protegida 22

Sección 10 — Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 22
Sección 10.1 – ¿Qué plan paga primero cuando tiene otro seguro? 22

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Está inscrito en Kaiser Permanente Medicare Advantage, que es una 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.

Hay diferentes tipos de planes de salud de Medicare. Kaiser Permanente Medicare Advantage es un Plan de la HMO de Medicare Advantage (HMO quiere decir Organización para el Mantenimiento de la Salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

La cobertura de este plan califica como Cobertura de Salud Calificada (Qualifying Health Coverage, 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). 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 folleto de la Evidencia de Cobertura?

Este folleto de **Evidencia de Cobertura** le informa de cómo recibir su atención médica y sus medicamentos recetados de Medicare que cubre nuestro plan. También se explican cuáles son sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto y lo que usted paga como miembro de nuestro plan.

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

- Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC (HMO) está disponible en el Distrito de Columbia (DC) y en este folleto se lo denomina "**plan High DC**".
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD (HMO) está disponible en algunas partes de Maryland (MD) y en este folleto se lo denomina "**plan High MD**".
- Kaiser Permanente Medicare Advantage High VA (HMO) está disponible en algunas partes de Virginia (VA) y en este folleto se lo denomina "**plan High VA**".
  - ♦ Cuando este folleto dice todos los planes o miembros del plan "High", se refiere a los tres planes High mencionados anteriormente.
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard DC (HMO) está disponible en el Distrito de Columbia (DC) y en este folleto se lo denomina "**plan Standard DC**".
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard MD (HMO) está disponible en algunas partes de Maryland (MD) y en este folleto se lo denomina "**plan Standard MD**".
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Standard VA (HMO) está disponible en algunas partes de Virginia (VA) y en este folleto se lo denomina "**plan Standard VA**".
  - ♦ Cuando este folleto dice todos los planes o miembros del plan "Standard", se refiere a los tres planes Standard mencionados anteriormente
- El plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt (HMO) está disponible en el condado de la ciudad de Baltimore y en el condado de Baltimore y en este folleto se lo denomina "**plan Value Balt**".

- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value DC (HMO) está disponible en el Distrito de Columbia (DC) y en este folleto se le denomina "**plan Value DC**".
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value MD (HMO) está disponible en algunas partes de Maryland (MD) y en este folleto se lo denomina "**plan Value MD**".
- Kaiser Permanente Medicare Advantage Value VA (HMO) está disponible en algunas partes de Virginia (VA) y en este folleto se lo denomina "**plan Value VA**".
    - ♦ Cuando este folleto dice todos los planes o miembros del plan "Value", se refiere a los cuatro planes Value mencionados anteriormente.

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

Nota: Consulte el área de servicio geográfica de cada plan que se incluye en esta **Evidencia de Cobertura** en la Sección 2.3 de este capítulo. En lo relativo a primas, costos compartidos, inscripción y cancelación de la inscripción, son varios los planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en esta **Evidencia de Cobertura**. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, obtiene atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Esta **Evidencia de Cobertura** también describe los "beneficios adicionales opcionales" llamados Advantage Plus. Las referencias a estos beneficios se aplican a usted solo si se inscribió en los beneficios opcionales.

Las palabras "cobertura" y "servicios cubiertos" se refieren a la atención y a los servicios médicos, y a 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 folleto de **Evidencia de Cobertura**.

Si está confundido, si tiene inquietudes o alguna pregunta, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto).

Sección 1.3 – Información legal acerca de la Evidencia de Cobertura

Forma parte de nuestro contrato con usted

Esta **Evidencia de Cobertura** forma parte del contrato que establecemos con usted sobre la forma en que cubrimos su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022** y cualquier aviso que reciba de nosotros respecto a cambios en su cobertura o en las condiciones que afectan a su cobertura. A veces a estas notificaciones se les llama "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 entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022.

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 2022. También podemos elegir entre dejar de ofrecer el plan u ofrecerlo en otra área de servicio, después del 31 de diciembre de 2022.

Medicare debe aprobar nuestro plan cada año

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

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

Sección 2.1 – Sus requisitos de elegibilidad

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

- Tiene tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B (la Sección 2.2 a continuación le informa sobre Medicare Parte A y Medicare Parte B).
- Vive en nuestra área de servicio (en la Sección 2.3 a continuación se describe nuestra área de servicio).
- Es ciudadano de los Estados Unidos o tiene presencia legal en los Estados Unidos.

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

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

- En general, Medicare Parte A ayuda a cubrir los servicios que proporcionan los hospitales (servicios para pacientes hospitalizados), los centros de enfermería especializada o las agencias de salud domiciliaria.
- Medicare Parte B es para la mayoría de los demás servicios médicos (como servicios del médico, terapia de infusión en el hogar y otros servicios para pacientes ambulatorios) y determinados artículos (como equipo médico duradero [DME] y suministros).

Sección 2.3 – Área de servicio de nuestro plan Kaiser Permanente Medicare Advantage

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

Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage High DC, Standard DC y Value DC (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes).

Nuestra área de servicio incluye el Distrito de Columbia.

Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage High MD y Standard MD (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes)

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Maryland: Anne Arundel, ciudad de Baltimore, Baltimore, Carroll, Harford, Howard, Montgomery y Prince George's. Además, nuestra área de servicio incluye estas partes de condados en Maryland, solo en los siguientes códigos postales:

- Condado de Calvert: 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736 y 20754.
- Condado de Charles: 20601–4, 20607, 20612–13, 20616–17, 20637, 20640, 20643, 20645–46, 20658, 20675, 20677 y 20695.
- Condado de Frederick: 20842, 20871, 21701–05, 21709–10, 21714, 21716–18, 21754–55, 21757–59, 21762, 21769–71, 21774–77, 21787 y 21790–93.

Plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value MD (para las personas que viven en el área de servicio de este plan)

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Maryland: Anne Arundel, Carroll, Harford, Howard, Montgomery y Prince George's. Además, nuestra área de servicio incluye estas partes de condados en Maryland, solo en los siguientes códigos postales:

- Condado de Calvert: 20639, 20678, 20689, 20714, 20732, 20736 y 20754.
- Condado de Charles: 20601–4, 20607, 20612–13, 20616–17, 20637, 20640, 20643, 20645–46, 20658, 20675, 20677 y 20695.
- Condado de Frederick: 20842, 20871, 21701–05, 21709–10, 21714, 21716–18, 21754–55, 21757–59, 21762, 21769–71, 21774–77, 21787 y 21790–93.

Plan Kaiser Permanente Medicare Advantage Value Balt (para las personas que viven en el área de servicio de este plan)

Nuestra área de servicio incluye la ciudad de Baltimore y el condado de Baltimore en Maryland.

Planes Kaiser Permanente Medicare Advantage High VA, Standard VA y Value VA (para las personas que viven en el área de servicio de estos planes)

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

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, contacte a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). 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 de correo. Los teléfonos y la información de contacto del Seguro Social se encuentran en el Capítulo 2, Sección 5.

Sección 2.4 – Ciudadano estadounidense o presencia legal en Estados Unidos

Los miembros de un plan de salud de Medicare deben ser ciudadanos de Estados Unidos o vivir legalmente en el país. Medicare (los Centros de servicios de Medicare y Medicaid) nos notificará si no es elegible para seguir siendo miembro sobre dicha base. Debemos cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

Sección 3 — ¿Qué otros materiales le enviaremos?

Sección 3.1 – Su tarjeta de membresía del plan: Úsela para recibir toda la atención y los medicamentos recetados cubiertos

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía del plan cada vez que obtenga algún servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos recetados que adquiera 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 lugar de su tarjeta de membresía de Kaiser Permanente Medicare Advantage, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación de rutina.

La razón por la que esto es tan importante: Mientras sea miembro del plan, si usa su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare en lugar de nuestra tarjeta de membresía de Kaiser Permanente Medicare Advantage al recibir servicios cubiertos, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de estos servicios.

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

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

El **Directorio de Proveedores** enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipos médicos duraderos.

¿Qué son los "proveedores de la red"?

Los proveedores de la red son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el costo compartido del plan como pago completo. Hemos llegado a acuerdos para que estos proveedores proporcionen los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. La lista más reciente de proveedores y suministradores está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/directory**.

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

Es importante saber cuáles son los proveedores que forman parte de nuestra red porque, con limitadas excepciones, mientras usted sea miembro de nuestro plan, debe usar los proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Las únicas excepciones son emergencias, atención urgente cuando la red no está disponible (generalmente, cuando usted se encuentra fuera del área), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que el plan autoriza el uso de proveedores que no pertenecen a la red. Consulte el Capítulo 3, "Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos", para obtener información más específica acerca de la cobertura de emergencia, la cobertura que no pertenece a la red y la cobertura fuera del área.

Si no tiene su copia del **Directorio de Proveedores**, puede solicitarla a nuestro Servicio a los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Si desea obtener más información sobre los proveedores de la red, incluidos sus títulos y especialidades, puede comunicarse con Servicio a los Miembros. Puede visualizar o descargar el **Directorio de Proveedores** en **kp.org/directory**. Tanto Servicio a los Miembros como nuestro sitio web pueden darle la información más actualizada sobre los proveedores de nuestra red.

Sección 3.3 – Directorio de Farmacias: Su guía con todas las farmacias de la red

¿Qué son las "farmacias de la red"?

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

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

Puede usar el **Directorio de Farmacias** para encontrar la farmacia de la red que desee usar. El próximo año, habrá cambios en nuestra red de farmacias. Encontrará un **Directorio de Farmacias** actualizado en nuestro sitio web **kp.org/directory.** También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los proveedores o para solicitarnos que le enviemos por correo un **Directorio de Farmacias**. Por favor, revise el **Directorio de Farmacias** 2022 para ver qué farmacias forman parte de nuestra red.

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 llamando al Servicio a los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede llamar en cualquier momento a Servicio a los Miembros para obtener información actualizada sobre los cambios en la red de farmacias. 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 2022**. 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. Con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos, nuestro plan elige los medicamentos incluidos en esta lista. La lista debe cumplir con ciertos requisitos de Medicare. Medicare aprobó nuestra Lista de medicamentos. La Lista de Medicamentos también le indica si existe alguna regla que restrinja la cobertura de sus medicamentos. Le proporcionaremos una copia de nuestra Lista de Medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos tienen cobertura, puede visitar nuestro sitio web **(kp.org/seniorrx)** o llamar al Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 3.5 – La explicación de beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D"): Informes con un resumen de los pagos realizados por sus medicamentos recetados de la Parte D

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

En la **EOB de la Parte D**, se le informa el monto total que usted u otras personas en su nombre y nosotros hemos gastado en sus medicamentos recetados de la Parte D y el monto total que hemos pagado por cada uno de ellos durante cada mes en que se usó el beneficio de la Parte D. En la **EOB de la Parte D** se proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tal como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar al profesional que le expida recetas sobre estas opciones de menor costo. Capítulo 6, "Qué debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D", se le brinda más información sobre la **EOB de la Parte D** y cómo puede ayudarlo a llevar un registro de su cobertura de medicamentos.

La **EOB de la Parte D** también está disponible a pedido. Si desea obtener una copia, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contraportada de este folleto). También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea en vez de por correo. Visite **kp.org/goinggreen** e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **EOB de la Parte D** en línea de forma segura.

Sección 4 — Su prima mensual de nuestro plan

Sección 4.1 – ¿Cuánto cuesta la prima de su plan?

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

Nombre del plan	Prima del plan sin Advantage Plus	Prima del plan con Advantage Plus*
High DC	**$142**	**$167**
High MD	**$142**	**$167**
High VA	**$142**	**$167**
Plan Standard DC	**$30**	**$55**
Plan Standard MD	**$25**	**$50**
Plan Standard VA	**$22**	**$47**
Plan Value Balt	**$0**	**$25**
Value DC	**$0**	**$25**
Value MD	**$0**	**$25**
Plan Value VA	**$0**	**$25**

*Si se inscribe para recibir beneficios adicionales, también llamados “beneficios suplementarios opcionales”, pagará una prima mensual adicional por ellos. Si tiene preguntas sobre las primas de su plan, por favor llame a Servicio a los Miembros y consulte más información en el Capítulo 4, Sección 2.2.

En determinadas situaciones, la prima de su plan podría ser menor

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

Si ya está inscrito y obtiene ayuda a través de uno de estos programas, la información sobre las primas incluida en esta **Evidencia de Cobertura** no corresponde a su caso. Le enviamos un documento por separado, llamado "Cláusula de la **Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para pagar sus medicamentos recetados"** (también conocida como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

En determinadas situaciones, la prima de su plan podría ser mayor

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

- Algunos miembros deben pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D porque no se inscribieron en un plan para medicamentos de Medicare en el momento en que resultaron elegibles por primera vez para hacerlo o porque tuvieron un período continuo de 63 días o más sin cobertura "acreditada" de medicamentos recetados. ("Acreditable" significa que se espera que la cobertura de medicamentos pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare). En el caso de estos miembros, la penalización por inscripción tardía en la Parte D se añade a la prima mensual de nuestro plan. El monto de la prima será la prima mensual del plan más el monto de la penalización por inscripción tardía de la Parte D.
  - ♦ Si debe pagar la penalización por inscripción tardía de la Parte D, el costo de esta depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditada de medicamentos recetados. El Capítulo 1, Sección 5 contiene información sobre la penalización por inscripción tardía en la Parte D.
  - ♦ Si se le impone una penalización por inscripción tardía de la Parte D y no la paga, es posible que se cancele su membresía en nuestro plan.
- Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de Ajuste Mensual Relacionado con el Ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA, porque, hace 2 años, tuvieron un ingreso bruto ajustado modificado, por encima de un cierto monto, en su declaración de impuestos del IRS. Los miembros sujetos a un IRMAA deberán pagar el monto de la prima estándar y este cargo adicional, que se agregará a su prima. El Capítulo 1, Sección 6 contiene información más detallada sobre el IRMAA.

Sección 5 — ¿Debe pagar la "penalización por inscripción tardía" en la Parte D?

Sección 5.1 – ¿Qué es la "penalización por inscripción tardía" en la Parte D?

Nota: Si recibe "Beneficio Adicional" de Medicare para el pago de sus medicamentos recetados, no pagará la penalización por inscripción tardía.

La penalización por inscripción tardía es un monto que se añade a la prima de la Parte D. Es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía de la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su período de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditada de medicamentos recetados durante un período consecutivo de 63 días o más. ("Cobertura acreditable 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 acreditada de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

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

Sección 5.2 – ¿Cuál es el monto de la penalización por inscripción tardía en la Parte D?

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

- Primero, cuente los meses completos que tardó para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare a partir de la fecha en que resultó elegible para inscribirse. O cuente la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura acreditada de medicamentos recetados, si la detención de la cobertura fue de 63 días o más. La multa equivale al 1 % 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 del año anterior. Para 2022, el monto de la prima mensual promedio es de $33.37.
- 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 este ejemplo, sería 14 % por $33.37, lo que es igual a $4.67. Esto se redondea a $4.70. Este monto se agregaría a la prima mensual de un miembro que tenga que pagar la penalización por inscripción tardía de la Parte D.

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

- El primero es que la penalización podría cambiar cada año porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año. Si aumenta la prima promedio nacional (según lo establece Medicare), la penalización también aumentará.
- El segundo es que deberá seguir pagando una multa mensual mientras esté inscrito en un plan con beneficios de 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.

Sección 5.3 – En ciertas situaciones, puede inscribirse de forma tardía sin tener que pagar la multa

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

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

- Si ya tiene cobertura de medicamentos recetados que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Medicare llama esto "cobertura acreditada de medicamentos". **Nota:**
  - La cobertura acreditada puede incluir cobertura de medicamentos por parte de un empleador o sindicato anteriores, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le indicará cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditada. Es posible que esta información se envíe en una carta o se incluya en un boletín del plan. Conserve esta información, ya que es posible que la necesite si más adelante se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. **Nota:** Si recibe una "certificado de cobertura acreditable" cuando finaliza su cobertura de salud, es posible que esto no signifique que su cobertura de medicamentos recetados era acreditable. El aviso debe indicar que usted tenía cobertura "acreditada" de medicamentos recetados que se esperaba que pagase al menos el monto cubierto por el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
  - 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.
  - Para obtener más información sobre la cobertura acreditable, consulte su manual **Medicare y Usted** 2022 o llame a Medicare 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.
- Si usted no tuvo cobertura acreditada, pero durante menos de 63 días seguidos.
- Si recibe ayuda por medio del programa "Beneficio Adicional" de Medicare.

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

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

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

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

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

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

Sección 6.2 – ¿Cuál es el monto adicional de la Parte D?

Si sus ingresos brutos ajustados modificados (modified adjusted gross income, MAGI) como se reportan en su declaración de impuestos del IRS están por encima de un determinado monto, pagará un monto adicional a su prima mensual del plan. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite **www.medicare.gov/part-d/costs/premiums/drug-plan-premiums.html**.

Sección 6.3 – ¿Qué puede hacer si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional en la Parte D?

Si no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que reconsidere la decisión. Consulte más información sobre cómo hacer esto contactando al Seguro Social, al **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**).

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

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

Sección 7 — Más información sobre su prima mensual

Muchos miembros de Kaiser Permanente deben pagar otras primas de Medicare

Además de pagar las primas mensuales del plan, muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare. Como se explica en la Sección 2 de este capítulo, para ser elegible para nuestro plan debe tener tanto Medicare Parte A como Medicare Parte B. Algunos miembros del plan (los que no son elegibles para la Parte A sin prima) pagan una prima por Medicare Parte A. La mayor parte de los miembros del plan paga una prima por Medicare Parte B. Debe seguir pagando sus primas de Medicare para continuar siendo miembro de nuestro plan.

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

- **Si debe pagar el monto adicional y no lo paga, se cancelará su afiliación a nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**
- Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará a cuánto equivaldrá ese monto adicional.
- Consulte más información sobre las primas de la Parte D basadas en el ingreso en la Sección 6 de este capítulo. También puede visitar el sitio web **www.medicare.gov** o llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O también puede llamar al Seguro Social al **1-800-772-1213**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-325-0778**.

Su copia del manual **Medicare y Usted** de 2022 le proporciona información sobre las primas de Medicare en la sección llamada “Costos de Medicare de 2022”. Ahí se explica cómo varían las primas de Medicare Parte B y Parte D de acuerdo con el nivel de ingresos de cada persona. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual **Medicare y Usted** de 2022 todos los años en la temporada de otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben en menos de un mes tras inscribirse. También puede descargar una copia del manual **Medicare y Usted** para 2022 del sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 7.1 – Puede pagar la prima del plan de diferentes maneras

Puede pagar la prima del plan de cuatro formas, según se describe en esta sección. 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).

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

Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede pagar con cheque y enviarnos directamente la prima del plan mensual. Debemos recibir su cheque (u orden de pago) a nombre de "Kaiser Permanente" a más tardar el último día del mes anterior al mes de cobertura en 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, recibirá una factura de cargo por devolución.

Opción 2: Puede inscribirse para el pago automático mensual

Si lo prefiere, puede hacer que se retire su prima mensual del plan automáticamente de su cuenta bancaria o que se le cargue a su tarjeta de crédito. Si elige el pago automático de la prima del plan, esta se pagará automáticamente de su cuenta del banco (cuenta corriente o de ahorro) o tarjeta de crédito. La transacción aparecerá en su estado de cuenta bancario o de su tarjeta de crédito, el cual servirá como su 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 Servicios a los Miembros.

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

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

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

Debemos recibir el pago de la prima del plan en nuestras oficinas antes del primer día del mes de cobertura. Si no recibimos su pago de la prima antes del decimoquinto día del mes de cobertura, le enviaremos un aviso para indicarle la cantidad que debe. Tenemos derecho a cobrar cualquier prima que usted nos deba. Si no recibimos el pago de su prima en un plazo de 60 días y está inscrito en nuestro paquete de beneficios suplementarios opcionales (Advantage Plus), podemos 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 la prima del plan a tiempo, comuníquese con Servicio a los Miembros para ver si podemos remitirlo a alguno de los programas de ayuda para el pago de las primas del plan. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Sección 7.2 – ¿Podemos cambiar 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 el Capítulo 2 Sección 7.

Sección 8 — Mantenga actualizado su registro de membresía del plan

Sección 8.1 – Cómo contribuir a que tengamos información exacta acerca de usted

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

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de nuestra red necesitan tener la 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 a su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otro aspecto de su cobertura de salud (como su empleador o el de su cónyuge, la compensación del trabajador o Medicaid).
- Si tiene reclamaciones por responsabilidad, como reclamaciones por un accidente automovilístico.
- Si es admitido en un hogar para ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o que no pertenece a la red.
- Si cambia la persona designada como su responsable (su cuidador, por ejemplo).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica.

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

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

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

Medicare exige que reunamos información sobre cualquier otra cobertura de salud 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 (Para obtener más información sobre cómo funciona nuestra cobertura cuando tiene otro seguro, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Una vez al año, le enviaremos una carta en la que constará cualquier otra cobertura de salud o de medicamentos que sepamos que usted 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 (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 9 — Protegemos la privacidad de su información médica personal

Sección 9.1 – Nos aseguramos de que su información médica esté protegida

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

Para obtener más información sobre cómo protegemos su información médica personal, consulte el Capítulo 8, Sección 1.3, de este folleto.

Sección 10 — Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

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

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

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

- Si tiene cobertura para retirados, Medicare paga primero.

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

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

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

Capítulo 2 — Números de teléfono y recursos importantes

Sección 1 — Contactos de Kaiser Permanente Medicare Advantage (cómo comunicarse con nosotros y como contactar a Servicio a los Miembros de nuestro plan) 25

Sección 2 — Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) 28

Sección 3 — Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) 29

Sección 4 — Organización para el Mejoramiento de la Calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare) 31

Sección 5 — Seguro Social 32

Sección 6 — Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos) 32

Sección 7 — Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados 34

Sección 8 — Cómo contactar a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios 38

Sección 9 — ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro proporcionado por un empleador? 39

Sección 1 — Contactos de Kaiser Permanente Medicare Advantage (cómo comunicarse con nosotros y como contactar a Servicio a los Miembros de nuestro plan)

Cómo contactar con el Servicio a los miembros de nuestro plan

Para recibir ayuda con respecto a preguntas sobre quejas, facturación o la tarjeta de membresía, por favor, llame o escriba a Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage. Será un placer ayudarlo.

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
TELÉFONO	**1-888-777-5536** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablen inglés.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Servicio a los Miembros 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 o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por los servicios médicos que reciba. Una apelación es una 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 informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura

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

MÉTODO	Decisiones de cobertura, apelaciones o quejas sobre la atención médica y apelaciones o quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	**1-888-777-5536** Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	**1-866-640-9826**
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Servicio a los Miembros Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	**kp.org**
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Si desea presentar una queja en línea ante Medicare, visite **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

¿Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura respecto a su atención médica o sus medicamentos recetados de la Parte D?

Una decisión sobre la cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre el monto que pagaremos por 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 (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)?".

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
TELÉFONO	**1-888-791-7229** Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
FAX	**1-844-403-1028**

MÉTODO	Decisiones de cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
CORREO POSTAL	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
SITIO WEB	**kp.org**

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

Consulte más información sobre las situaciones en que posiblemente tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor en el Capítulo 7, “Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde 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 (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)”.

MÉTODO	Solicitudes de pago: información de contacto
TELÉFONO	**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.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Claims Department Región de los estados del Atlántico Medio P.O. Box 371860 Denver, CO 80237-9998
SITIO WEB	**kp.org**

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

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

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

MÉTODO	Medicare: información de contacto
TELÉFONO	**1-800-MEDICARE** o **1-800-633-4227** Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
LÍNEA TTY	**1-877-486-2048** Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
SITIO WEB	**www.medicare.gov** Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, hogares geriátricos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado. El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad en Medicare y sus opciones de inscripción, con las siguientes herramientas: • **Herramienta de elegibilidad de Medicare:** Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare. • **Buscador de planes de Medicare:** Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos 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.

MÉTODO	Medicare: información de contacto
	También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre nuestro plan: • **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede 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. Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesite. Ellos la buscarán en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. (Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**).

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 (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con consejeros capacitados en cada estado. A continuación, se incluye una lista de los Programas Estatales de Asistencia sobre seguro Médico en cada estado en que prestamos servicios:

- En el Distrito de Columbia, el SHIP se llama Oficina de la Tercera Edad de DC.
- En Maryland, el SHIP se llama Maryland Department of Aging.
- En Virginia, el SHIP se llama Virginia Insurance Counseling and Assistance Program.

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

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

Método para acceder a SHIP y otros recursos:

- Visite **www.medicare.gov.**
- Haga clic en "**Forms, Help, and Resources**" (Formularios, ayuda y recursos) en el extremo derecho en la parte superior del menú.
- En el menú desplegable, haga clic en "**Phone Numbers & Websites**" (Números de teléfono y sitios web).
- Ahora tiene varias opciones:
  - Opción 1: Puede tener un chat en vivo.
  - Opción 2: Puede hacer clic en cualquiera de los "Topics" (Temas) en el menú de la parte inferior.
  - Opción 3: Puede seleccionar su estado en el menú desplegable y hacer clic en "Go" (Ir). Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

MÉTODO	DC Office on Aging (Asesoramiento sobre la Cobertura de Salud): información de contacto
TELÉFONO	**1-202-724-5626**
LÍNEA TTY	**711**
CORREO POSTAL	500 K Street, N.E., Washington, DC 20002
SITIO WEB	**www.dcoa.dc.gov/service/health-insurance-counseling**

MÉTODO	Maryland Department of Aging: información de contacto
TELÉFONO	**1-410-767-1100** o sin costo al **1-844-627-5465**
LÍNEA TTY	**711**
CORREO POSTAL	301 West Preston St., Suite 1007, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	**www.aging.maryland.gov/Pages/default.aspx**

MÉTODO	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program: información de contacto
TELÉFONO	**1-804-662-9333** o sin costo al **1-800-552-3402**
LÍNEA TTY	**711**
CORREO POSTAL	1610 Forest Avenue, Suite 100, Henrico, VA 23229

MÉTODO	Virginia Insurance Counseling and Assistance Program: información de contacto
SITIO WEB	**www.vda.virginia.gov**

Sección 4 — Organización para el Mejoramiento de la Calidad (financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare)

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

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

Comuníquese con Livanta si:

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

MÉTODO	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad del Distrito de Columbia, Maryland y Virginia): información de contacto
TELÉFONO	**1-888-396-4646** Las llamadas a este número son gratuitas. 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.
LÍNEA 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 discapacidad o una insuficiencia renal crónica en fase terminal y que, además, cumplan con ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar la oficina local.

El Seguro Social también determina quiénes tienen que pagar un monto adicional para recibir la cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos mayores. 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
TELÉFONO	**1-800-772-1213** Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m. Puede usar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social las 24 horas del día para escuchar información grabada y realizar algunos trámites.
LÍNEA TTY	**1-800-325-0778** Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.
SITIO WEB	**www.ssa.gov**

Sección 6 — Medicaid (un programa conjunto federal y estatal que ayuda a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados a pagar los costos médicos)

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a algunas personas con ingresos y recursos limitados a pagar los gastos médicos. Algunas personas con Medicare también reúnen los requisitos para unirse a Medicaid.

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas, por ejemplo. Estos "Programas de Ahorro de Medicare" (Medicare Savings Programs) ayudan a la gente con recursos e ingresos limitados a ahorrar dinero cada año:

- **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 incapacidades y con trabajo calificadas (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

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

MÉTODO	**Departamento de Finanzas de la Atención Médica (programa de Medicaid del Distrito de Columbia): información de contacto**
TELÉFONO	**1-202-442-5988** De lunes a viernes, de 8:15 a. m. a 4:45 p. m.
LÍNEA TTY	**711**
CORREO POSTAL	441 4th Street NW, 900S, Washington, DC 20001
SITIO WEB	**www.dhcf.dc.gov**

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

MÉTODO	Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia: información de contacto
TELÉFONO	**1-804-786-7933** De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.
LÍNEA 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	**www.dmas.virginia.gov**

Sección 7 — Información sobre los programas de ayuda para pagar los medicamentos recetados

Programa “Beneficio Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Beneficio Adicional” para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Entre los recursos se incluyen los ahorros y las inversiones en acciones, pero no su hogar 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. Este “Beneficio Adicional” también cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo.

Algunas reúnen los requisitos para recibir “Beneficio Adicional” automáticamente y no es necesario que presenten una solicitud. Medicare envía una carta a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para participar en el programa “Beneficio Adicional”.

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 la línea 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 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-800-325-0778** (solicitudes) 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 ha establecido un proceso que le permite solicitar asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago correcto, o bien, si usted ya tiene evidencia, para enviárnosla.

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

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

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

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

Cuando recibamos la evidencia que demuestra su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que cuando obtenga su próxima receta médica en la farmacia pueda pagar el copago correcto. Si hace un pago superior a su copago, le reembolsaremos el dinero. Le enviaremos un cheque por el monto que pagó de más o lo compensaremos en copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y procesa su copago como una deuda, podríamos realizar directamente el pago a la farmacia. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Llame a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Medicare Coverage Gap Discount Program

El Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare ofrece descuentos de los fabricantes en medicamentos de marca a los miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa de Intervalo en la Cobertura y no reciben "Beneficio Adicional". En el caso de los medicamentos de marca, el descuento del 70 % que otorgan los fabricantes excluye cualquier tarifa de dispensación para los costos en la Etapa de Intervalo en la Cobertura. Los miembros pagan el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación para los medicamentos de marca.

Si alcanza la Etapa de Intervalo en la Cobertura, aplicaremos de forma automática el descuento cuando su farmacia le facture la receta y en la **Explicación de Beneficios de la Parte D (EOB de la Parte D)** figurará cualquier descuento que se le haya hecho. Tanto la cantidad que usted paga como la cantidad que el fabricante le descuenta para los gastos de bolsillo como si los hubiera pagado, y lo hace avanzar en la Etapa de Intervalo en la Cobertura. El monto pagado por el plan (5 %) no se toma en cuenta para sus gastos de bolsillo.

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

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

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

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP)?
Si es residente de Maryland y está inscrito en un programa State Pharmaceutical Assistance Program (SPAP) u otro programa que proporciona cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea “Beneficio Adicional”), usted igualmente obtiene el 7 0% de descuento en los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5 % del costo de los medicamentos de marca en el período de intervalo en la cobertura. El 70 % de descuento y el 5 % que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes del SPAP o de otra cobertura.

¿Qué ocurre si tiene cobertura de un AIDS Drug Assistance Program (ADAP)? ¿Qué es el AIDS Drug Assistance Program (ADAP)?
El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas con VIH/SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salven la vida. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también cubre el ADAP califican para la ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio del ADAP del Distrito de Columbia, del ADAP de Maryland o del ADAP de Virginia según dónde vive. **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 actualmente está inscrito en un ADAP, este programa puede continuar brindándole asistencia con el costo compartido de los medicamentos recetados de Medicare Parte D para los medicamentos que se encuentran en el formulario del ADAP. Para que pueda seguir recibiendo esta ayuda, le recomendamos que notifique a su trabajador local de inscripciones del ADAP cualquier cambio en el nombre de su plan de Medicare Parte D o en el número de póliza. Llame al **1-202-671-4815** si reside en DC, al **1-410-767-6535** si reside en Maryland o al **1-855-362-0658** si reside en Virginia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse al programa, llame al **202-671-4815** si reside en DC, al **1-410-767-6535** si reside en Maryland o al **1-855-362-0658** si reside en Virginia.

¿Qué ocurre si obtiene "Beneficio Adicional" de Medicare para ayudarle a pagar sus costos de medicamentos recetados? ¿Puede obtener los descuentos?
No. Si participa en el programa "Beneficio Adicional", ya recibe cobertura para los costos de los medicamentos recetados durante el período de intervalo en la cobertura.

¿Qué sucede si no obtiene un descuento y considera que debería obtenerlo?
Si considera que ya alcanzó la Etapa de Intervalo en la Cobertura y no recibió un descuento cuando pagó su medicamento de marca, debe revisar su aviso siguiente de la **Explicación de Beneficios de la Parte D** (**EOB de la Parte D**). Si el descuento no aparece en su **EOB de la Parte D,** debe contactarnos para asegurarse de que los registros de recetas médicas sean correctos y estén actualizados. Si no estamos de acuerdo en que le debemos un descuento, usted puede apelar. Para presentar una apelación, puede obtener ayuda de su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) (los números de teléfono se encuentran en la Sección 3 de este capítulo) o 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**.

Programas State Pharmaceutical Assistance Program
Muchos estados tienen Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP) que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos recetados según su necesidad financiera, edad, condición médica o discapacidades. Cada estado tiene reglas diferentes para brindar cobertura de medicamentos para sus miembros.

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

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

MÉTODO	Maryland Kidney Disease Program: información de contacto
TELÉFONO	**1-410-767-5800** o sin costo al **1-877-463-3464** De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

MÉTODO	Maryland Kidney Disease Program: información de contacto
LÍNEA TTY	**1-800-735-2258** Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.
CORREO POSTAL	201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	**www.mmcp.health.maryland.gov/familyplanning/Pages/kidneydisease.aspx**

MÉTODO	Maryland AIDS Drug Assistance Program: información de contacto
TELÉFONO	**1-410-767-6535** o sin costo al **1-800-205-6308** De lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.
LÍNEA TTY	**711**
CORREO POSTAL	201 W. Preston Street, Baltimore, MD 21201
SITIO WEB	**www.phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CHCS/pages/madap.aspx**

Sección 8 — Cómo contactar a 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 y sus familias. Si tiene alguna pregunta sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

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

MÉTODO	Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: información de contacto
TELÉFONO	**1-877-772-5772** Las llamadas a este número son gratuitas. 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 las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
LÍNEA TTY	**1-312-751-4701** Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número tienen costo.
SITIO WEB	**rrb.gov/**

Sección 9 — ¿Tiene “seguro de grupo” u otro seguro proporcionado por un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios por parte de su empleador (o el de su cónyuge) o de un grupo para retirados 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 sus beneficios de salud, primas o períodos de inscripción para jubilados o de su empleador (o del de su cónyuge). Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto. También puede llamar al **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**; TTY: **1-877-486-2048**) 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), comuníquese con el administrador de beneficios de ese grupo. El administrador de beneficios 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 42

Sección 1.1 – ¿Qué son los “proveedores de la red” y los “servicios cubiertos”? 42

Sección 1.2 – Reglas básicas para recibir su atención médica que cubre nuestro plan 42

Sección 2 — Obtenga la atención médica que necesita de los proveedores de nuestra red 44

Sección 2.1 – Debe escoger un médico de cabecera (PCP) que le proporcione y supervise la atención médica 44

Sección 2.2 – ¿Qué tipo de atención médica puede recibir sin necesidad de una aprobación por adelantado del PCP? 45

Sección 2.3 – Cómo obtener atención médica de especialistas y otros proveedores de la red 45

Sección 2.4 – Cómo obtener atención de proveedores que-no pertenecen a la red 48

Sección 3 — Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre 49

Sección 3.1 – Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica 49

Sección 3.2 – Cómo obtener atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios 50

Sección 3.3 – Cómo obtener atención durante un desastre 51

Sección 4 — ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 51

Sección 4.1 – Puede pedirnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos 51

Sección 4.2 – Si nuestro plan no cubre los servicios, usted tendrá que pagar el costo total 51

Sección 5 — ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? 52

Sección 5.1 – ¿Qué es un “estudio de investigación clínica”? 52

Sección 5.2 – Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga los costos? 53

Sección 6 — Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica de cuidado de salud" 54

Sección 6.1 – ¿Qué es una institución religiosa no médica de cuidado de la salud? 54

Sección 6.2 – Recibir atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud 54

Sección 7 — Reglas de titularidad del equipo médico duradero 55

Sección 7.1 – ¿Será dueño del equipo médico duradero después de que realice una cierta cantidad de pagos bajo nuestro plan? 55

Sección 8 — Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento 56

Sección 8.1 – ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho? 56

Sección 8.2 – ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses? 56

Sección 8.3 – ¿Qué pasa si deja su plan y regresa a Original Medicare? 56

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 que se cubra su atención médica. Se incluyen definiciones de los términos y se explican las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos y servicios médicos, así como otro tipo de atención médica que está cubierta por el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica está cubierta por el plan y cuánto paga usted cuando la recibe, use la tabla de beneficios que se encuentra en el próximo capítulo, Capítulo 4, "Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)".

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

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

- 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. Hemos llegado a acuerdos para que estos proveedores proporcionen los 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 y el equipo de atención médica que tienen cobertura de nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos se encuentran enumerados en la tabla de beneficios, en el Capítulo 4.

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

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

Por lo general, cubriremos su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos de nuestro plan** (consulte esta tabla en el Capítulo 4 de este folleto).
- **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 o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de una condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- **Tiene un médico de cabecera** (primary care provider, PCP) de la red, que le brinda atención médica y la supervisa. Como miembro de nuestro plan, debe elegir un médico de atención primaria de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).

- ♦ En la mayoría de los casos, el PCP de la red debe darle una referencia previa antes de que pueda usar otros proveedores en la red de nuestro plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Esto se denomina "referencia" (para obtener más información, consulte la Sección 2.3 de este capítulo).
- ♦ No es necesario que el PCP lo refiera para recibir atención urgente o de emergencia. Además, hay otros tipos de atención que puede recibir sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).

- **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 reciba de un proveedor que no pertenece a la red (un proveedor que no es parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta, Las siguientes son cuatro excepciones:
  - ♦ Cubrimos la atención de emergencia o los servicios necesarios con urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - ♦ Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra y los proveedores de nuestra red no pueden proporcionar esta atención, puede obtenerla de un proveedor que no pertenece a 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 que no pertenece a la red, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - ♦ Cubrimos los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis con certificación de Medicare mientras esté temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
  - ♦ En el caso de todos los miembros del plan High, todos los miembros del plan Standard, Value VA o Value DC, si viaja fuera de nuestra área de servicio, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, proporcionaremos cobertura limitada para atención preventiva, de rutina, de seguimiento y continua prestada por proveedores que no pertenecen a la red (para obtener más información, consulte en el Capítulo 4 del Cuadro de Beneficios Médicos). No está cubierto para miembros de los planes Value Balt o Value MD.
  - ♦ Atención médica que recibe 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 escoger un médico de cabecera (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 médico de atención primaria. Su proveedor de atención médica primaria es un médico que cumple con los requisitos estatales y que está capacitado para proporcionar atención médica primaria. 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 algunos tipos de servicios cubiertos que puede obtener por su cuenta sin consultar primero a su PCP (consulte Sección 2.2 de este capítulo).

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

¿Cómo elige o cambia su proveedor de atención médica primaria?

Como se explicó anteriormente, su método de atención primaria tiene un papel importante en su atención médica. Es por eso que le pedimos que tenga un médico de atención primaria. Si no selecciona a un PCP cuando se inscriba, nosotros le asignaremos un médico y le notificaremos como 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, llame a Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) 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 tipo de atención médica puede recibir sin necesidad de una aprobación por adelantado del PCP?

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

- Atención de rutina de salud de la mujer, que incluye exámenes del seno, mamografías (rayos X del seno), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando la reciba de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, contra COVID-19, la hepatitis B y la neumonía, siempre y cuando las reciba de un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.
- Servicios de urgencia de proveedores de la red o que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos temporalmente (por ejemplo, cuando usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio).
- Servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio (Si es posible, 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). Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- 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, los exámenes de detección de cáncer colorrectal y la terapia nutricional médica.

Sección 2.3 – Cómo obtener 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: por ejemplo:

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

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 abierta si se le receta atención continua 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 visitas 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 con un determinado especialista u hospital de la red, verifique antes que el PCP haga referencias a ese especialista.

Autorización previa

Para los artículos y servicios que se mencionan a continuación, su proveedor de la red necesitará obtener una aprobación por adelantado de nuestro plan o del Medical Group (a esto se le llama obtener una "autorización previa"). Las decisiones de las solicitudes para la autorización se harán solo por médicos certificados u otros profesionales médicos adecuadamente certificados. 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 algunos tipos de atención especializada de la red, su PCP deberá solicitar que autoricemos la referencia antes de que pueda consultar al proveedor de la red de atención especializada. 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 en los proveedores de la red, recomendará al Medical Group que se le refiera a un proveedor que no pertenece a la red dentro o fuera de nuestra área de servicio. La persona designada por el Grupo Médico autorizará los servicios si determina que los servicios cubiertos son necesarios desde el punto de vista médico y no están disponibles por medio de un proveedor de la red. Las referencias a proveedores que no pertenecen a la red serán para un plan de tratamiento específico, que puede incluir una referencia abierta si se requiere atención continua. 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 cuidados posestabilización por parte de un proveedor que no pertenece a la red tras recibir atención de emergencia, comentaremos su condición con el proveedor que no pertenece a la red. Si decidimos que usted necesita cuidados 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 que no pertenece a la red únicamente si no podemos hacer los arreglos necesarios para que la reciba de un proveedor de la red (u otro proveedor designado). Para obtener más información, consulte la Sección 3.1 de este capítulo.
- Cirugía de cambio de sexo necesaria desde el punto de vista médico y procedimientos asociados.
- Cirugía bariátrica necesaria por motivos médicos.
- Atención de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud descrita en la Sección 6 de este capítulo.
- Si su proveedor de la red hace una referencia por escrito o electrónica para un trasplante, la junta o el comité asesor regional de trasplantes del Grupo Médico (en caso de que exista) autorizará los servicios si determina que son necesarios desde el punto de vista médico o si tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare. Si no existiera una junta o comité de trasplantes, el Grupo Médico lo referirá a uno o más médicos de un centro de trasplantes, y el Grupo Médico autorizará los servicios si los médicos del centro de trasplantes determinan que son necesarios desde el punto de vista médico o tienen cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Para las hospitalizaciones de pacientes que no sean de emergencia, el Grupo Médico y nuestro plan coordinarán su atención y determinarán en qué hospital 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 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 hospitalizados, 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 Medical Group 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?

Durante el año, podemos realizar cambios en cuanto a los hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte del plan. Existe una cantidad de razones por las que el proveedor puede abandonar el plan, pero si su médico o especialista abandona el 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.
- Haremos todo lo posible para notificarle con un mínimo de 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que siga atendiendo sus necesidades de atención médica.

- Si recibe tratamiento médico, tiene derecho a presentar una solicitud y nosotros trabajaremos con usted para asegurar que no se interrumpa el tratamiento necesario desde el punto de vista médico que está recibiendo.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se ha administrado apropiadamente, tiene derecho a apelar nuestra decisión.
- Si descubre que su médico o especialista va a dejar el plan, comuníquese con nosotros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana, para que podamos ayudarle a encontrar un nuevo proveedor y a administrar su atención.

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

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

- Servicios de emergencia o urgencia que recibe de un proveedor que no pertenece a la red. Para obtener más información sobre el tema y para saber qué significa servicios de emergencia o urgentes, consulte la Sección 3 de este capítulo.
- Nosotros o el Medical Group autoriza una referencia a un proveedor que no pertenece a la red, según se describe en la Sección 2.3 de este capítulo.
- Servicios de diálisis de riñón que recibe en un centro de atención de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio
- En el caso de todos los miembros del plan High, todos los miembros del plan Standard, Value VA o Value DC, si viaja fuera de nuestra área de servicio, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, proporcionaremos cobertura limitada para atención preventiva, de rutina, de seguimiento y continua prestada por proveedores que no pertenecen a la red (para obtener más información, consulte en el Capítulo 4 del Cuadro de Beneficios Médicos). No está cubierto para miembros de los planes Value Balt o Value MD.
- 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 de atención médica para viajeros 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 obtener 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 médica 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.

Sección 3 — Cómo obtener servicios cubiertos cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención, o durante un desastre

Sección 3.1 – Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

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

Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo antes posible.** Llame al 911 o vaya al servicio de emergencia u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. No es necesario que obtenga una aprobación previa ni una referencia de su PCP.
- **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?

Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar dentro o fuera de los Estados Unidos. Cubrimos los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma puedan poner en peligro su salud. Para obtener más información, consulte el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4 de este folleto.

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

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

Después de ese momento, tiene derecho a acceder a la atención de seguimiento para asegurarse de que su estado continúe siendo estable. Cubriremos su atención de seguimiento posestabilización de acuerdo con las pautas de Medicare. Si quienes le brindan la atención de emergencia son proveedores que no pertenecen a 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. Es muy importante que su proveedor nos llame para obtener autorización para la atención de posestabilización antes de recibir la atención del proveedor que no pertenece a. En la mayor parte de los casos, solo deberá hacerse cargo de los gastos si recibe una notificación nuestra o del proveedor que no pertenece a sobre su posible responsabilidad.

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

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

Sin embargo, después de que el médico determine que no fue una emergencia, cubriremos la atención médica adicional solamente si la recibe de alguna de las siguientes dos formas:

- Acuda a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- O la atención adicional que recibe se considera como "servicios de urgencia" y usted sigue las reglas para obtenerlos (para obtener más información, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2 – Cómo obtener atención cuando tenga una necesidad urgente de servicios

¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Los "servicios de urgencia" hacen referencia a una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos de manera temporal. La condición imprevista podría ser, por ejemplo, una recaída imprevista en alguna condición conocida que usted tenga.

¿Qué pasa si usted está dentro de nuestra área de servicio cuando necesite atención médica de urgencia?

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

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarle. Los enfermeros de consulta son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para 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 de consulta.

En general, se encargan de responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un centro de atención de la red está cerrado o aconsejarle qué pasos seguir e incluso hacer citas de atención de urgencia para el mismo día si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para hablar con un enfermero de consulta las 24 horas del día, los 7 días de la semana o hacer una cita, 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.

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

Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor. Nuestro plan cubre servicios de atención de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias:

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

Sección 3.3 – Cómo obtener atención durante un desastre

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

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

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

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 de lo que le corresponde por los servicios cubiertos o de que haya recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 “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 médicos que son necesarios desde el punto de vista médico, que se mencionan en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan (dicha tabla está en el Capítulo 4 de este folleto) y que se obtienen conforme a las reglas del plan. Usted será responsable de pagar el costo total de los servicios que no están cubiertos por el plan, ya sea porque no son servicios cubiertos por el plan o porque se recibieron de proveedores que no pertenecen a y sin autorización.

Si quiere saber si pagaremos algún servicio o atención médicos que está considerando recibir, tiene derecho a preguntarnos si tiene cobertura antes de que se le proporcione dicho servicio. También tiene derecho a solicitarlo por escrito. Si la respuesta es que no cubriremos dicho servicio, tiene derecho a apelar nuestra decisión.

El Capítulo 9, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)" contiene más información sobre qué hacer si necesita una decisión de cobertura o quiere apelar una decisión tomada. También puede llamar a Servicio a los Miembros si desea obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su costo compartido como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si recibiese estos servicios de nuestro plan.
  - ♦ Le ofrecemos un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Suponga que le realizan una prueba de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que su parte del costo para esta prueba es de $20 de acuerdo con Original Medicare, pero la prueba sería de $10, de acuerdo con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por la prueba y nosotros pagaríamos otros $10. Es decir, usted pagaría $10, que es el mismo monto que pagaría de acuerdo con los beneficios de nuestro plan.
- Para que paguemos nuestra parte del costo, usted deberá presentar una solicitud de pago. Deberá adjuntar a la solicitud una copia de las notificaciones de resumen de Medicare (Medicare Summary Notices) u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del estudio y cuánto debe. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo presentar solicitudes de pago.

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 el artículo o servicio nuevo que se investiga en el estudio, a menos que este artículo o servicio tuviera cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos y servicios que el estudio le proporcione sin costo a usted o a cualquier participante.

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

¿Desea saber más?

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**). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 6 — Reglas para obtener atención cubierta en una "institución religiosa no médica de cuidado de salud"

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

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

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

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

- 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 usted recibe que no es voluntario o que es requerido por alguna ley federal, estatal o local.

Para estar cubierta por nuestro plan, la atención que reciba de una institución religiosa de atención no médica debe reunir las siguientes condiciones:

- El centro que proporciona la atención debe tener la certificación de Medicare.
- La cobertura de los servicios que usted 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
  - Además, debe obtener una aprobación previa del plan antes de ser admitido al centro de atención; de lo contrario, la estadía no estará cubierta.

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

Sección 7 — Reglas de titularidad del equipo médico duradero

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

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

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

Si no adquirió la 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 haya hecho mientras pertenecía a nuestro plan no se toman en cuenta para estos 13 pagos consecutivos.

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

Sección 8 — Reglas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Sección 8.1 – ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipo de oxígeno de Medicare, durante el tiempo que esté inscrito, nuestro plan cubrirá:

- La renta de equipo de oxígeno.
- El suministro de oxígeno y contenidos de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- El mantenimiento y la reparación de equipos de oxígeno.

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

Sección 8.2 – ¿Cuál es su costo compartido? ¿Cambiará después de 36 meses?

Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es el coseguro del **20 %**, cada vez que recibe el equipo.

Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses en nuestro plan.

Si antes de inscribirse en nuestro plan, usted había hecho el pago de 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en nuestro plan es el coseguro del **20 %**.

Sección 8.3 – ¿Qué pasa si deja su plan y regresa a Original Medicare?

Si usted regresa a Original Medicare, comienza un nuevo ciclo de 36 meses que se renueva cada cinco años. Por ejemplo, si pagó la renta del equipo de oxígeno durante 36 meses antes de inscribirse en nuestro plan, se inscribe en nuestro plan durante 12 meses y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

De igual manera, si realizó pagos durante 36 meses mientras estaba inscrito en nuestro plan y luego regresa a Original Medicare, pagará el costo compartido total por la cobertura del equipo de oxígeno.

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

Sección 1 — Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos..... 58

Sección 1.1 – Tipos de gastos de bolsillo que puede pagar por sus servicios cubiertos 58

Sección 1.2 – ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de Medicare Parte A y Parte B? 58

Sección 1.3 – Nuestro plan no permite que los proveedores le “facturen el saldo” 59

Sección 2 — Consulte en este Cuadro de Beneficios Médicos qué servicios tienen cobertura y cuánto debe pagar por ellos 60

Sección 2.1 – Sus beneficios médicos y los costos como miembro de nuestro plan 60

Sección 2.2 – Beneficios “suplementarios opcionales” adicionales que puede comprar 132

Sección 3 — ¿Qué servicios no están cubiertos por nuestro plan? 155

Sección 3.1 – Servicios que no cubrimos (exclusiones) 155

Sección 3.2 – Exclusiones dentales 163

Sección 3.3 – Limitaciones dentales 164

Sección 1 — Descripción de los gastos de bolsillo por servicios cubiertos

En este capítulo, se explican los servicios cubiertos y lo que paga por sus beneficios médicos. Aquí 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 mismo capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no tienen cobertura. También se explican los límites que se aplican a ciertos servicios. Además, consulte los Capítulo 3, Capítulo 11 y Capítulo 12 para obtener información de cobertura adicional, incluidas las limitaciones (por ejemplo, coordinación de beneficios, equipo médico duradero, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y responsabilidad civil de terceros). En la 0 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 los 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 en la Sección 2 de este capítulo le brinda más información sobre sus 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 en la Sección 2 de este capítulo le brinda más información sobre su 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. Si cree que le están pidiendo que pague inapropiadamente, comuníquese con Servicio a los Miembros.

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

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

Como miembro de nuestro plan, el gasto máximo de bolsillo por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B en 2022 es de **$7,200** para los miembros de los planes Value Balt o Value MD, de **$6,900** para miembros de los planes Value DC, Standard DC o Standard MD, de **$6,500** para los miembros del plan Value VA, de **$6,200** para miembros del plan Standard VA o de **$5,700** para los miembros de todos los planes High.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto de gastos máximos de bolsillo. Los montos que paga por las primas del plan y por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto del gasto máximo de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan respecto al monto de gastos máximos de bolsillo. Estos servicios se marcan con un asterisco (*) en el Cuadro de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto de gasto máximo de bolsillo de **$7,200** para los miembros de los planes Value Balt o Value MD, de **$6,900** para miembros de los planes Value DC, Standard DC o Standard MD, de **$6,500** para los miembros del plan Value VA, de **$6,200** para miembros del plan Standard VA, o de **$5,700** para todos los miembros del plan High, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, deberá seguir pagando las primas del plan y las primas de Medicare Parte B (a menos que su prima de la Parte B sea pagada por Medicaid o algún otro tercero).

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

Como miembro de nuestro plan, una importante protección para usted es que solo tiene que pagar su monto de costo compartido cuando recibe servicios que cubre nuestro plan. No permitimos que los proveedores añadan cargos separados adicionales, lo que recibe el nombre de “facturación de saldo”. Esta protección (que evita que pague más del monto del costo compartido del plan) se aplica aun cuando nosotros le paguemos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio, y aun cuando haya una disputa y no le paguemos ciertos cargos al proveedor. Esta protección funciona de la siguiente forma:

- Si el costo compartido es un copago (una cantidad de dólares establecida, por ejemplo, $15), entonces usted solo paga ese monto por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (como se especifica en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red, pero que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores que no pertenecen a la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia).
  - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a la red y que no participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, cubrimos servicios de proveedores que no pertenecen a la red solo en determinadas situaciones, como cuando obtiene una referencia).
- Si cree que un proveedor le ha “facturado el saldo”, llame a Servicio a los miembros (vea los números de teléfono impresos en la contraportada de este folleto).

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 su bolsillo paga por cada servicio. Los servicios enlistados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos únicamente cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben prestarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Los servicios (entre ellos, la atención médica, los servicios, los artículos y equipos) 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 una condición médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe la atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor que no pertenece a la red. El Capítulo 3 proporciona más información sobre los requisitos para utilizar proveedores de la red y las situaciones en las que cubriremos los servicios de un proveedor que no pertenece a la red.
- Usted tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le proporciona atención médica y la supervisa. En la mayoría de los casos, el PCP debe darle una aprobación por adelantado antes de que pueda acudir con otros proveedores de la red de nuestro plan. A esto se le llama darle una "referencia". El Capítulo 3 proporciona más información sobre cómo obtener una referencia y las situaciones en las que no necesita una referencia.
- Algunos de los servicios que se incluyen en la Tabla de Beneficios Médicos tienen cobertura solo si su médico u otro proveedor de la red obtienen primero nuestra aprobación (a veces llamada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie de página (†). Además, puede consultar la de este capítulo y el Capítulo 3, Sección 2.3, 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.

Otros datos importantes de nuestra cobertura que debe conocer son los siguientes:

- Al igual que todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por alguno de estos beneficios, paga más en nuestro plan de lo que pagaría en Origina Medicare. Por otros, paga menos. (Si quiere saber más sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual **Medicare y Usted** 2022. 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**).

- Respecto a todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo en Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si usted también recibe tratamiento o supervisión para una condición médica existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, se aplicará un costo compartido por la atención recibida para la condición médica existente.
  - Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en la Tabla de Beneficios Médicos.
- En ocasiones, Medicare añade la cobertura de Original Medicare para nuevos servicios durante el año. Si Medicare añade cobertura para cualquier servicio durante 2022, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Tabla de Beneficios Médicos

El Cuadro de Beneficios Médicos a continuación describe los beneficios médicos de los siguientes planes Kaiser Permanente Medicare Advantage incluidos en esta **Evidencia de Cobertura**:

- Plan High DC
- Plan High MD
- Plan High VA
  - Cuando este folleto dice todos los planes o miembros del plan “High”, se refiere a los tres planes High mencionados anteriormente.
- Plan Standard DC
- Plan Standard MD
- Plan Standard VA
  - Cuando este folleto dice todos los planes o miembros del plan “Standard”, se refiere a los tres planes Standard mencionados anteriormente.
- Plan Value Balt
- Plan Value DC
- Plan Value MD
- Plan Value VA
  - Cuando este folleto dice todos los planes o miembros del plan “Value”, se refiere a los cuatro planes Value mencionados anteriormente.

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

Nota: Consulte el Capítulo 1, Sección 2.3, para ver el área geográfica de servicio de cada plan incluido en esta **Evidencia de Cobertura**. En lo relativo a primas, costos compartidos, inscripción y cancelación de la inscripción, son varios los planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en esta **Evidencia de Cobertura**. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, obtiene atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal† Un ultrasonido de diagnóstico por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si tiene ciertos factores de riesgo y obtiene una referencia para ella de un médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o enfermero clínico.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que son elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda† Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Se cubren hasta 12 consultas en 90 días para los beneficiarios de Medicare cuando se cumplan las siguientes circunstancias: ♦ A los efectos de este beneficio, el dolor crónico de la parte baja de la espalda se define como: ○ Dura 12 semanas o más. ○ No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está relacionado con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). ○ No está asociado a una cirugía. ○ No está asociado al embarazo. Se cubren ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión. Requisitos del proveedor: 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.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Los asistentes médicos (PA), enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifican en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • 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. 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.	
Servicios de ambulancia • Los servicios cubiertos de ambulancia incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotativa y terrestre hacia el centro de atención más cercano que pueda brindar atención si estos servicios son proporcionados a un miembro cuya condición médica es tal que otro medio de transporte podría comprometer la salud de la persona o en caso de que sean autorizados por nuestro plan. • También cubrimos los servicios de ambulancia certificada en cualquier parte del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través del sistema de respuesta ante emergencias del 911, cuando esté disponible) si usted considera, dentro de lo razonable, que presenta una condición médica de emergencia y que su condición necesita el apoyo clínico de los servicios de transporte en ambulancia. • †El traslado que no es de emergencia en ambulancia si se documenta que la condición 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.	Usted paga lo siguiente por cada viaje sencillo, según el plan en el que esté inscrito: • **$275** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$225** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Exámenes físicos de rutina anuales Los exámenes físicos de rutina están cubiertos si el examen es de atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas de atención profesional generalmente aceptadas.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por esta atención preventiva.
Consulta de bienestar anual Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, usted tiene derecho a una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud y factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera visita para el bienestar anual puede realizarse en los 12 meses siguientes a su visita preventiva de "Bienvenida a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una consulta de "Bienvenido a Medicare" para estar cubierto por las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta de bienestar anual.
Medición de la masa ósea† 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.	No hay coseguro, copago ni deducible por la densitometría ósea cubierta por Medicare.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Examen de detección de cáncer de seno (mamografía) Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Una mamografía de referencia para las mujeres entre la edad de 35 y 39 años. • Una mamografía cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Exámenes físicos del seno una vez cada 24 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardiaca† 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 cardiaca que, por lo general, son más rigurosos o más intensos que los programas regulares de rehabilitación cardiaca.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta al año con su proveedor de atención médica primaria para ayudarlo a reducir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede hablarle (si corresponde) sobre el uso de aspirina, revisar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que esté comiendo saludablemente.	No existe coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo de la enfermedad cardiovascular de terapia intensiva del comportamiento.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Pruebas de enfermedades cardiovasculares† Análisis de sangre para la detección de la enfermedad cardiovascular (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada cinco años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible por las pruebas para la enfermedad cardiovascular que se cubren una vez cada cinco años.
Exámenes de detección de cáncer cervicouterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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 tres años: Una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los exámenes pélvicos y las pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos† Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Cubrimos solamente la manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación. ♦ Estos servicios cubiertos por Medicare son proporcionados por un quiropráctico de la red. Para obtener la lista de quiroprácticos de la red, consulte el **Directorio de Proveedores**.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.
Examen de detección de cáncer colorrectal† • Para las personas a partir de 50 años de edad, se cubrirá lo siguiente: ♦ Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses. ♦ Una de las siguientes opciones cada 12 meses: ○ Prueba Guaiac de sangre oculta en la materia fecal (gFOBT). ○ Prueba inmunoquímica fecal (FIT, por sus siglas en inglés): • Prueba de detección colorrectal basada en el ADN cada 3 años.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible a los exámenes de detección de cáncer colorrectal cubiertos por Medicare.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Para personas con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección (o enema de bario como alternativa) cada 24 meses. • Para las personas que no tienen un riesgo alto de padecer cáncer colorrectal, cubrimos una colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no durante los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección.	
• Procedimientos realizados durante una colonoscopia de detección (por ejemplo, extirpación de pólipos). • Colonoscopias después de una prueba gFOBT o FIT positiva o una prueba de detección de sigmoidoscopia flexible. • **Nota:** Otras colonoscopias están sujetas a los costos compartidos correspondientes mencionados en esta tabla.	**$0**
Servicios dentales*† En general, los servicios de profilaxis dental (como limpiezas, exámenes dentales de rutina y rayos X dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, cubrimos atención dental preventiva e integral cuando la brinda un proveedor dental participante, tal como se describe al final de esta tabla bajo "Beneficios dentales y lista de tarifas" (consulte esa sección para conocer los detalles sobre la cobertura dental preventiva e integral).	Consulte "Beneficios dentales y lista de tarifas" al final de la Tabla de Beneficios Médicos para conocer la información de costo compartido y la Sección 3.2 para las exclusiones y limitaciones.
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: • Examen y evaluación de la cavidad bucal. • Servicios de tratamiento, incluidas las extracciones necesarias para el trasplante. • Radiografías dentales relevantes. • Limpieza. • Tratamientos con fluoruro.	**Visitas al consultorio médico** Usted paga lo siguiente por consulta de atención especializada, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Nota: si está inscrito en la Advantage Plus, nuestro paquete opcional de beneficios suplementarios, cuenta con cobertura dental adicional. Para obtener más detalles, consulte la de este capítulo.	• **$30** para los miembros de todos los planes High. Usted paga lo siguiente por visita para radiografía, según el plan en el que esté inscrito: • **$20** para los miembros de todos los planes Value. • **$15** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$10** para los miembros de todos los planes High o Standard VA. Usted paga lo siguiente por visita de cirugía ambulatoria, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High.
Detección de la depresión Cubrimos una prueba de detección de la depresión al año. La prueba de detección debe realizarse en un centro de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento o referencias.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la consulta anual de detección de la depresión.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Pruebas de detección de diabetes 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 cubrirían si reúne otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes. Con base en los resultados de estas pruebas, podría reunir los requisitos para realizarse hasta dos pruebas de detección de la diabetes cada 12 meses.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Suministros y servicios para el diabético y capacitación para el autocontrol de la diabetes Para todas las personas que tienen diabetes (que usen insulina o no), los servicios cubiertos incluyen: • †Suministros para monitorizar 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, 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.	**$0**
• †Para personas con diabetes que tienen la enfermedad grave del pie diabético: Un par de zapatos terapéuticos moldeados a su medida por año calendario (incluidas las plantillas correspondientes) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos de profundidad y tres pares de plantillas (además de las plantillas extraíbles no personalizadas que vienen con los zapatos). La cobertura incluye la adaptación.	Coseguro de **20%**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados† (Para conocer la definición de "equipo médico duradero", consulte el Capítulo 12 de este folleto). 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. Cubrimos todo el equipo médico duradero necesario desde el punto de vista médico cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor que está ubicado en su área no tiene productos de una marca o de un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/directory**. También 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: • 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.	Coseguro del **20 %**, excepto que paga **$0** para equipos de fototerapia para uso en el hogar.
Atención de emergencia La atención de emergencia se refiere a servicios que cumplen los siguientes criterios: • Son proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.	**$90** por consulta en el Departamento de Emergencias. Este copago no se aplica si usted es admitido de inmediato directamente en el hospital como paciente hospitalizado (pero sí se aplica si es admitido en el hospital como paciente ambulatorio, por ejemplo, si es admitido para observación).

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte, la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente. El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios provistos por proveedores que no pertenecen a la red es el mismo que el de los servicios proporcionados por proveedores de la red. **Tiene cobertura para atención de emergencia en todo el mundo.**	†Si recibe atención de emergencia en un hospital que está fuera de 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 esté fuera de la red; el costo que deberá pagar equivale al costo compartido que se aplicaría si estuviera en un hospital de la red.
Beneficio de acondicionamiento físico (Silver&Fit® Healthy Aging and Exercise Program) El programa Silver&Fit incluye lo siguiente: • Puede unirse a un centro de acondicionamiento físico Silver&Fit participante y aprovechar los servicios que están incluidos en la membresía estándar del centro de acondicionamiento físico (por ejemplo, el uso del equipo del centro de acondicionamiento físico o las clases dirigidas por un instructor que no requieren una cuota adicional). Si se inscribe para obtener una membresía del centro de acondicionamiento físico Silver&Fit, se aplica lo siguiente: ♦ El centro de acondicionamiento físico ofrece orientación sobre las instalaciones y el equipo. ♦ Los servicios que ofrecen los centros de acondicionamiento físico varían según el lugar. Cualquier servicio no convencional en un centro de acondicionamiento físico que habitualmente requiere una cuota adicional no está incluido en su membresía estándar del centro de acondicionamiento físico a través del programa Silver&Fit (por ejemplo, las tarifas de las canchas o de los servicios de un entrenador personal).	• **$0** para los miembros del plan Value VA, de todos los planes High o todos los planes Standard. • **Sin cobertura** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
♦ Para unirse a un centro de acondicionamiento físico de Silver&Fit, regístrese en **kp.org/SilverandFit** y seleccione sus ubicaciones. Luego, puede imprimir o descargar su "Carta de Bienvenida", que incluye su tarjeta Silver&Fit con el número de identificación de acondicionamiento físico para que la presente en el centro de acondicionamiento físico seleccionado. ♦ Una vez que se inscriba, puede cambiarse a otro centro de acondicionamiento físico Silver&Fit participante una vez al mes y su cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente (es posible que deba llenar un nuevo acuerdo de membresía en el centro de acondicionamiento físico). • Si desea hacer ejercicio en casa, puede escoger un kit de ejercicios para el hogar por año calendario. Hay muchos kits de acondicionamiento físico para el hogar para elegir, incluidas las opciones de rastreador de ejercicios portátil, pilates, fuerza, natación y yoga. Los kits están sujetos a cambios y, una vez seleccionados, no se pueden intercambiar. ♦ Para recoger su kit, visite **kp.org/SilverandFit** o llame al servicio al cliente de Silver&Fit. • Obtenga acceso a los servicios en línea de Silver&Fit en **kp.org/SilverandFit** que le proporcionan videos de ejercicios físicos digitales, el programa Get Started, materiales educativos de Healthy Aging, boletines, clases en línea y otras funciones útiles. Para obtener más información sobre el programa Silver&Fit y la lista de los centros de acondicionamiento físico participantes y los kits de acondicionamiento físico en el hogar, visite **kp.org/SilverandFit** o llame al servicio al cliente de Silver&Fit al **1-877-750-2746** (TTY **711**), de lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m. (Hora Estándar del Pacífico o PST).	

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
El programa Silver&Fit es proporcionado por American Specialty Health Fitness, Inc., una subsidiaria de American Specialty Health Incorporated (ASH). Silver&Fit es una marca registrada a nivel federal de ASH y se utiliza con autorización en el presente documento. Los gimnasios y las cadenas de acondicionamiento físico participantes pueden variar según la ubicación y están sujetos a cambios.	
Beneficio de acondicionamiento físico (memoria) 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.	**$0**
Programas de educación de salud y el bienestar 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 control 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.	**$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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios para la audición • †Las evaluaciones diagnósticas de la audición y equilibrio que realice su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención de pacientes ambulatorios cuando las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
• †Audífonos: ♦ Ofrecemos una **asignación de hasta $500** por audífono, por oído, que puede usar para comprar un audífono cada 36 meses. Si se necesitan dos audífonos para proporcionar una mejoría importante que no se puede obtener con un solo audífono, cubriremos un audífono por cada oído. La asignación de $500 por oído solo se puede usar una vez en un período de 36 meses.	Si el audífono que compra cuesta más de **$500, usted paga la diferencia.** **Nota:** Su asignación es mayor si se inscribe en Advantage Plus (para obtener más detalles, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
• †Evaluación y ajuste de los audífonos. • †Consultas para comprobar que el(los) audífono(s) cumple(n) con las especificaciones de la receta médica. • †Consultas para el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía.	**$0**
Detección del VIH • Para las personas que soliciten una prueba de detección del VIH o que tengan un alto riesgo de tener infección por VIH, cubriremos un examen de detección cada 12 meses. • En el caso de las mujeres embarazadas, cubriremos hasta tres exámenes de detección durante el embarazo.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por esta detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Cuidados de una agencia de atención médica a domicilio† Antes de recibir servicios de salud domiciliaria, un médico debe certificar que usted necesita recibir los servicios de salud domiciliaria y solicitará dichos servicios a una agencia de atención de salud domiciliaria. Debe estar confinado a su hogar, lo que significa que salir de su hogar implica un esfuerzo enorme. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de medio tiempo o intermitentes de enfermería especializada y de un auxiliar de salud a domicilio. Para que estén cubiertos según el beneficio de la atención de salud a domicilio, los servicios combinados de enfermería especializada y auxiliar de salud a domicilio deben ser superiores a 8 horas por día y a 35 horas por semana. • Fisioterapia, ocupacional y del habla. • Servicios medicosociales. • Suministros y equipo médicos.	**$0** **Nota:** No existe costo compartido por servicios de atención médica a domicilio y artículos proporcionados de acuerdo con las pautas de Medicare. Sin embargo, 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.
Terapia de infusiones en el hogar† 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). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • 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.	**$0** para servicios profesionales, capacitación y seguimiento. 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 este Cuadro de Beneficios Médicos, según el artículo.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• 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.	
Cubrimos los suministros y medicamentos de infusiones en el hogar si se cumplen las condiciones siguientes: • El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D. • Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar. • Tiene una receta de un proveedor de la red y la surte en una farmacia de la red de medicamentos para infusiones en el hogar.	**$0** **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 pueden estar sujetos a los costos compartidos correspondientes mencionados en este folleto según el servicio.
Cuidados paliativos Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Usted es elegible para el beneficio de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico de cuidados paliativos han emitido un pronóstico terminal, que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses de vida o menos si su enfermedad avanza a su ritmo normal. El médico del centro de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o que no pertenece a la red. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Atención de relevo a corto plazo. • Cuidados en el hogar. ***Servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (no nuestro plan) pagará los servicios de cuidados paliativos y todo servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra.	Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, sus servicios de cuidados paliativos y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, no nuestro plan.

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

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

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no son de emergencia ni son necesarios con urgencia, que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo que deberá pagar por estos servicios depende de si usa un proveedor de la red de nuestro plan: • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, solo debe pagar el monto de costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • *Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor que no pertenece a debe pagar el costo compartido según Medicare de pago por servicio (Original Medicare). **Servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B:** Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de costo compartido de su plan por estos servicios. **En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan:** Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4, "¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?" **Nota:** Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios.	
Cubrimos servicios de asesoría sobre cuidados paliativos (solo en una ocasión) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de cuidados paliativos.	Usted paga lo siguiente por consulta de atención primaria, según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
	Usted paga lo siguiente por consulta de atención especializada, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
Vacunas Los servicios cubiertos de Medicare Parte B incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía. • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son necesarias desde el punto de vista médico. • Vacuna contra la hepatitis B, si tiene un riesgo de intermedio a alto de contraer esta enfermedad. • vacuna contra el COVID-19. • Otras vacunas si está en situación de riesgo y cumplen las reglas de cobertura de Medicare Parte B. También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Atención para pacientes hospitalizados† Incluye atención de problemas médicos agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios para pacientes hospitalizados. La atención para pacientes hospitalizados comienza el día en que es admitido formalmente en un hospital a petición de un médico. El día antes de que se le dé de alta es su último día como paciente hospitalizado. 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: • 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 (como las de cuidados intensivos o de terapia coronaria). • Fármacos y medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Rayos X y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como una silla de ruedas. • Los costos por uso del quirófano y la sala de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. • Servicios para pacientes hospitalizados derivados del manejo médico de los síntomas de abstinencia relacionados con el abuso de sustancias (desintoxicación). • En determinadas circunstancias, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, renopancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón o pulmón, médula ósea, células madre e intestinal o multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los trámites para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare evalúe su caso y decida si es un candidato adecuado. Los proveedores del trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si los servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir acudir a un centro en su área, siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito: • **$300 por día durante los primeros 5 días** de hospitalización para miembros de todos los planes Value. • **$270 por día durante los primeros 5 días** de hospitalización para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$200 por día durante los primeros 5 días** de hospitalización para los miembros de todos los planes High o Standard VA. Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de **$0**. Además, no paga el copago mencionado anteriormente del día del alta hospitalaria, a menos que sea hospitalizado y dado de alta el mismo día. †Si recibe atención como 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. **Nota:** Si es admitido en el hospital en el año 2021 y no es dado de alta hasta algún momento de 2022, el costo compartido de 2021 se aplicará a esa hospitalización hasta que reciba el alta hospitalaria o sea transferido a un centro de enfermería 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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si proporcionamos servicios de trasplante en una ubicación 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 los de un acompañante, de acuerdo con nuestras pautas de viajes y alojamiento, que están disponibles en Servicio a los Miembros. • Muestras de sangre: almacenamiento y administración incluidos. • Servicios de un médico.	
Nota: Para ser un "paciente hospitalizado", 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 usted siga siendo considerado un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntárselo al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada “¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!”. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web **www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** o si llama 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.	
Atención de salud mental para pacientes hospitalizados† Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieran hospitalización. • Cubrimos hasta 190 días de por vida para hospitalizaciones en un hospital psiquiátrico certificado por Medicare. La cantidad de días de hospitalización cubiertos de por vida se reduce según la cantidad de días de tratamiento de salud mental como paciente hospitalizado cubierta previamente por Medicare en un hospital psiquiátrico. • El límite de 190 días no se aplica a las estadías por problemas de salud mental en la unidad psiquiátrica de un hospital general.	El costo compartido se aplica a cada hospitalización. Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito: • **$300 por día durante los primeros 5 días** de hospitalización para miembros de todos los planes Value. • **$270 por día durante los primeros 5 días** de hospitalización para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
	• **$200 por día durante los primeros 5 días** de hospitalización para los miembros de todos los planes High o Standard VA. Por lo tanto, el resto de su hospitalización con cobertura es de **$0**. Además, no paga el copago mencionado anteriormente del día del alta hospitalaria, a menos que sea hospitalizado y dado de alta el mismo día.
Hospitalización de pacientes: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o un centro de enfermería especializada durante una hospitalización no cubierta† Si ya ha agotado sus beneficios de salud mental como paciente hospitalizado o en centros de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF), o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no le ofreceremos cobertura para su hospitalización o estadía en un centro de enfermería especializada. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que usted reciba mientras esté en un hospital o un SNF. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de un médico. • Pruebas de diagnóstico (como análisis de laboratorio). • Radiografías, radioterapia y terapia de isótopos, incluidos los materiales y servicios del técnico • Vendajes quirúrgicos. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones. • Aparatos protéticos 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.	Si su estadía 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.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello; arneses; piernas y brazos ortopédicos y prótesis oculares (incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos debido a rotura, desgaste, extravío o cambio del estado físico del paciente). • Fisioterapia y terapia ocupacional y del habla.	
Terapia nutricional médica† Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (de riñones) (pero que no reciban diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando las remita su médico. Ofrecemos cobertura de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan de Medicare Advantage u Original Medicare) y posteriormente, 2 horas por año. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, podrá recibir más horas de tratamiento mediante un pedido del médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su orden anualmente si su tratamiento seguirá siendo necesario en el siguiente año calendario.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles por los servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP) Los servicios del MDPP tienen cobertura para los beneficiarios elegibles de Medicare de todos los planes de salud de Medicare. El MDPP es una intervención estructurada para cambios del comportamiento relacionado con la salud que proporciona capacitación práctica en cambios alimentarios a largo plazo, el aumento de la actividad física, y estrategias de solución de problemas para superar los desafíos relacionados con el mantenimiento de la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio del MDPP.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Medicare Explorer de Kaiser Permanente (beneficio fuera del área de servicio) solo para los miembros de todos los planes High, Standard, Value DC y Value VA En el caso de los miembros de todos los planes High, Standard, Value DC y Value VA, si viajan fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, pero dentro de los Estados Unidos o sus territorios, cubrimos las visitas al consultorio de atención preventiva, de rutina, de seguimiento o continuas obtenidas de proveedores de Medicare que no pertenecen a la red que no excedan los **$1,200** de monto máximo de beneficio en cargos cubiertos por el plan por año calendario. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Ciertos servicios preventivos cubiertos en $0 bajo Original Medicare. • Consultas de atención primaria y especializada. • Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios. • Radiografías y otras imágenes diagnósticas básicas. • Consultas de atención de salud mental para pacientes ambulatorios. • Medicamentos de Medicare Parte B. Consulte las secciones de este Cuadro de Beneficios Médicos para cada servicio individual enumerado anteriormente para obtener detalles sobre lo que está cubierto. Para obtener una lista de proveedores elegibles de Medicare, visite **Medicare.gov**. Debe comunicarse directamente con el proveedor para programar una cita. El proveedor que elija podría presentar la reclamación 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 una reclamación, consulte Capítulo 7, Sección 2.1. Usted es responsable de cualquier cargo y debe presentarnos un reclamo para que le reembolsemos los servicios cubiertos.	Paga lo siguiente hasta alcanzar el límite de beneficio anual de **$1,200**: • **$50** por visita de atención especializada. • **$50** por consulta para terapias físicas, ocupacionales y del habla. • **$25** por consulta para radiografías y otras imágenes diagnósticas básicas. • **$25** por consulta de terapia individual para atención de salud mental o abuso de sustancias o **$15** por consulta de terapia grupal de atención de salud mental o abuso de sustancias. • **$20** por visita de atención primaria. • **$10** por consulta para análisis de laboratorio. • **$10** por consulta para electrocardiogramas, monitorización Holter y electroencefalogramas. • **$10** para sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. • **$0** para consultas de atención preventiva. • **$20** para consultas de telesalud. • Paga **un coseguro del 20 %** para medicamentos de Medicare Parte B administrados en un consultorio o clínica. Una vez que alcance el monto máximo de cobertura de beneficios del plan de **$1,200** por año calendario, usted paga cualquier monto que exceda el máximo del beneficio.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Nota: Comuníquese con Servicio a los Miembros para averiguar si se encuentra fuera del área de servicio de Kaiser Permanente. Estos servicios solo están cubiertos cuando viaja fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente. **Este beneficio no está cubierto para los miembros de los planes Value Balt y Value MD.**	
Medicamentos recetados de Medicare Parte B† Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros del plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen: • Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (tal como un nebulizador) y que tienen autorización del plan. • Factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si tiene hemofilia. • Medicamentos inmunosupresores, si usted estaba inscrito en Medicare Parte A en el momento del trasplante del órgano. • Ciertos medicamentos contra el cáncer y la náusea de administración por vía oral. • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de deficiencia inmunitaria.	Para los medicamentos recetados de Medicare Parte B en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, usted paga lo siguiente por un suministro de hasta 30 días, según el plan en el que esté inscrito y el tipo de farmacia y de medicamento: • Farmacias de la red ubicadas en un centro de atención de Kaiser Permanente o en nuestra farmacia de pedidos por correo: ♦ Medicamentos genéricos: ○ **$15** para miembros de los planes High DC, High MD, Standard DC, Standard MD, Value Balt, Value DC o Value MD. ○ **$12** para los miembros de los planes High VA, Standard VA o Value VA. ♦ Medicamentos de marca: ○ **$45** para los miembros de todos los planes Standard o Value. ○ **$42** para los miembros de todos los planes High. ♦ Farmacias afiliadas a la red que ofrecen costo compartido estándar (todos los planes): ○ **$47** por medicamentos de marca. ○ **$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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria. • 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. • Antígenos. • Ciertos medicamentos para el tratamiento de diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando es necesario desde el punto de vista médico, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (tales como Epogen®, Procrit®, Epoetina alfa, Aranesp® o Darbepoetina alfa).	Usted paga **$0** o un **coseguro del 20 %** según el medicamento (llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro).
Nota: • También cubrimos algunas vacunas de acuerdo con nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y 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 6.	
Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, le ofrecemos cobertura para el asesoramiento intensivo con el fin de ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento tiene cobertura si lo recibe en un centro de atención médica primaria en el que pueda coordinarse con su plan de prevención integral. Hable con su médico o médico de atención primaria para obtener más información.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por las pruebas de detección preventivas y el tratamiento de la obesidad.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios del programa de tratamiento de opioides† Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (OUD) pueden obtener cobertura de los servicios para tratar el OUD mediante un Programa de Tratamiento con Opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios: • 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).	Usted paga **$0 o un coseguro del 20 %** por medicamentos de Medicare Parte B administrados clínicamente, según el medicamento, cuando los proporciona un Programa de Tratamiento con Opioides.
• Asesoramiento por abuso de sustancias. • Terapia individual y grupal. • Pruebas de toxicología. • Actividades de consumo. • Evaluaciones periódicas.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios† Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Rayos X.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$20** para los miembros de todos los planes Value. • **$15** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$10** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Análisis de laboratorio • Electrocardiogramas (ECG), monitoreo con Holter y electroencefalogramas (EEG). • Muestras de sangre: almacenamiento y administración incluidos.	**$0**
• Radiación y terapia de isótopos, incluidos los suministros y servicios del técnico.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de todos los planes Value. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
• Materiales quirúrgicos, tales como vendajes. • Férulas, yesos y otros dispositivos que se usan para reducir fracturas y luxaciones.	Coseguro de **20%**
• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios: ♦ Imágenes por resonancia magnética (IRM), tomografía computarizada (TC) y tomografía por emisión de positrones (PET):	Usted paga lo siguiente por procedimiento, según el plan en el que esté inscrito: • **$200** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$175** para los miembros del plan Value VA. • **$100** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$65** para los miembros del plan Standard VA. • **$40** para los miembros de todos los planes High.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• 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 lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High.
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios† Los servicios de observación son servicios que se dan al paciente ambulatorio para determinar si debe ser ingresado al hospital como paciente hospitalizado o si puede recibir el alta hospitalaria. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden del médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar exámenes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya emitido una orden 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 usted siga siendo considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital.	Cuando lo hospitalizan directamente para observación como paciente ambulatorio, usted paga lo siguiente por estadía, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High. **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.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web **www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** o si llama 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.	
Servicios de hospitalización para pacientes ambulatorios† Ofrecemos cobertura para los servicios necesarios desde el punto de vista médico que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Los servicios recibidos en un Departamento de Emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, como servicios de observación o cirugía ambulatoria.	**Departamento de Emergencias** **$90** por visita. **Cirugía ambulatoria** Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High. Consulte la sección "Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios" de esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a los servicios de observación.
• Análisis de laboratorio y de diagnóstico que el hospital cobre.	**$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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$20** para los miembros de todos los planes Value. • **$15** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$10** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.
• Atención de la salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que, de no ser así, se requeriría tratamiento de hospitalización.	Usted paga lo siguiente por día por hospitalización parcial, según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.
• Suministros médicos como férulas y yesos.	Coseguro del **20 %** por vendajes y suministros para el hogar.
• Ciertos medicamentos y productos biológicos que usted no pueda administrarse a sí mismo.	Usted paga **$0** o un coseguro del **20 %** según el medicamento (llame a Servicio a los Miembros para saber qué medicamentos se ofrecen con un coseguro).
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 usted siga siendo considerado un "paciente ambulatorio". Si no está seguro de si lo consideran paciente ambulatorio, pregunte al personal del hospital. Para obtener más información, también puede consultar la hoja informativa de Medicare titulada "¿Es Usted un Paciente Hospitalizado o Ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡Pregunte!". Esta hoja informativa está disponible en el sitio web **www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf** o si llama 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.	

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios† Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Servicios de salud mental que proporciona un médico o un psiquiatra con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, una enfermera clínica especialista, un profesional médico enfermero, un asistente médico, u otro profesional de la salud mental calificado de Medicare, según se contempla en las leyes estatales vigentes.	Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito y el tipo de consulta: • Para los miembros de todos los planes Standard o Value: ♦ **$20** por visita de terapia individual. ♦ **$10** por visita de terapia grupal. • Para los miembros de todos los planes High: ♦ **$10** por visita de terapia individual. ♦ **$5** por visita de terapia grupal.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios† Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se proporcionan en diversos centros de atención para pacientes ambulatorios, como el área de pacientes ambulatorios de un hospital, consultorios de terapeutas independientes y Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$40** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios† El tratamiento para el abuso de sustancias está cubierto si es necesario desde el punto de vista médico y si es razonable para la condición del paciente.	Usted paga lo siguiente, según el plan en el que esté inscrito y el tipo de consulta: • Para los miembros de todos los planes Standard o Value: ♦ **$20** por visita de terapia individual. ♦ **$10** por visita de terapia grupal. • Para los miembros de todos los planes High: ♦ **$10** por visita de terapia individual. ♦ **$5** por visita 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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios proporcionados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y en centros quirúrgicos ambulatorios† **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 emitido una orden para admitirlo como paciente hospitalizado en el hospital, es un paciente ambulatorio y paga el costo compartido de la cirugía para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que usted siga siendo considerado un "paciente externo".	Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High.
Artículos de venta sin receta (Over-the-Counter, OTC) Cubrimos los artículos OTC que se enumeran en nuestro catálogo de OTC para entrega a domicilio sin costo. Puede ordenar artículos OTC cada trimestre del año (enero, abril, julio, octubre) hasta el límite de beneficios trimestral que se muestra en la columna de la derecha. En el catálogo aparece el precio de cada artículo. El valor mínimo de cada pedido debe ser de $20. La parte que no use del límite del beneficio trimestral no se transfiere al siguiente período. Para ver nuestro catálogo y hacer un pedido en línea, visite **kp.org/otc/mas**. Puede hacer su pedido por teléfono o puede solicitar que se le envíe un catálogo impreso llamando al **18338811422** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes.	Usted paga $0 hasta el siguiente límite de beneficios trimestral, según el plan en el que esté inscrito: • **$30** límite de beneficio trimestral para los miembros de todos los planes Value. • **$50** límite de beneficio trimestral para los miembros de todos los planes Standard. • **$60** límite de beneficio trimestral para los miembros de todos los planes High.
Servicios de hospitalización parcial† "Hospitalización parcial" 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 o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.	Usted paga lo siguiente por día, según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Nota: Debido a que no hay centros de salud mental comunitarios en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como un servicio de hospitalización para pacientes ambulatorios.	
Servicios de un médico o profesional de atención de salud, incluidas las visitas al consultorio del médico. Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • †Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que se proporcionan en un consultorio médico, centro de cirugía ambulatoria, área para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar. • †Consultas, diagnóstico y tratamiento por un especialista. • †Exámenes básicos de audición y equilibrio que realiza un proveedor de la red, si su médico lo indica para saber si necesita tratamiento médico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. • †Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes a fin de preparar la mandíbula para tratamientos de radioterapia del cáncer o servicios que estarían cubiertos si los brinda un médico).	**Visitas al consultorio médico** Usted paga lo siguiente por consulta con un médico de atención primaria (tal como medicina familiar, medicina interna, consultas para inyecciones para las alergias o consultas con farmacéuticos clínicos), según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA. Usted paga lo siguiente por consulta con un especialista (ginecología, cardiología, ortopedia, gastroenterología, neurología, pruebas y evaluación de alergias, e inyecciones para manejar el dolor), según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
	Cirugía ambulatoria Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High.
• Determinados servicios de telesalud, que incluyen: atención primaria y especializada, que incluyen atención de salud mental, tratamiento por abuso de sustancias, rehabilitación cardiaca, Fisioterapia, del habla y ocupacional, educación sobre enfermedades renales, capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios de diálisis, servicios urgentes, pruebas y procedimientos de diagnóstico, preparación para una cirugía o una hospitalización, y consultas de seguimiento después de una hospitalización 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 apropiado desde el punto de vista clínico. ♦ Tiene la opción de obtener estos servicios por medio de una visita en persona o a través de telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes medios de telesalud: ○ Videoconsultas interactivas para servicios profesionales cuando se pueda proporcionar atención en este formato según lo determine un proveedor de la red.	**$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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
○ 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 accidente 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. • Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos si se cumplen todas las siguientes condiciones: ♦ 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 dentro de las siguientes 24 horas o a la cita más próxima disponible. • La evaluación de videos o imágenes que envíe a su médico, y la interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas próximas (excepto fines de semana y días festivos) si se cumplen todas las siguientes condiciones: ♦ Que usted no sea un paciente nuevo. ♦ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días. ♦ La evaluación no implica 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.	

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios de podología† Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo de martillo o espolón del talón). • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas condiciones médicas que afectan las extremidades inferiores.	**Visitas al consultorio médico** Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High. **Cirugía ambulatoria** Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$300** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$275** para los miembros del plan Value VA. • **$250** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$175** para los miembros del plan Standard VA. • **$125** para los miembros de todos los planes High.
Exámenes de detección del cáncer de próstata Para los hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente una vez cada 12 meses: • Prueba de tacto rectal. • Prueba del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por la prueba anual de tacto rectal o la prueba del PSA.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Dispositivos protésicos y suministros relacionados† Aparatos (que no sean dentales) que reemplacen completa o parcialmente partes o funciones del cuerpo. Incluye, entre otros: 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 la reparación o el reemplazo de estos aparatos. También incluye cierta cobertura posterior a la extirpación o a la cirugía de catarata (para obtener más información, consulte el apartado "Atención de la vista" más adelante en esta sección).	• Coseguro del **20 %** por aparatos y suministros protésicos u ortésicos (incluidos los suministros para el cuidado de las heridas). • **$0** para los aparatos internos implantados quirúrgicamente.
También cubrimos estos artículos que Medicare no cubre: • Algunos vendajes y prendas de compresión hechos a la medida que no cubre Medicare y que no están disponibles de venta sin receta. • Calzado terapéutico no cubierto por Medicare para tratar afecciones vasculares periféricas y neuropatías que afectan las piernas y los pies.	**Coseguro del 20 %**
Servicios de rehabilitación pulmonar† Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) moderada a muy grave, y que tienen una orden de rehabilitación pulmonar escrita por el médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.	**$30** por visita.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol Cubrimos una prueba de detección de uso indebido de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que hacen un uso indebido del alcohol, pero no tienen dependencia de este. Si la prueba de detección de uso indebido de alcohol le da un resultado positivo, puede recibir hasta cuatro sesiones breves de asesoramiento personal al año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) a cargo de un médico de atención primaria o profesional médico calificado en un centro de atención primaria.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección y asesoramiento para reducir el uso indebido de alcohol.
Examen de detección de cáncer del pulmón con una tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)† En personas que califican, se cubre una TCDB cada 12 meses. • Los miembros elegibles son personas de 55 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón pero tienen antecedentes de haber fumado al menos un paquete diario de tabaco durante 30 años y que fuman actualmente o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden por escrito para una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre detección de cáncer de pulmón y toma compartida de decisiones que cumple los requisitos de Medicare para dichas consultas y que está a cargo de un médico o un profesional médico calificado que no es un médico. • Para las pruebas de detección del cáncer de pulmón mediante LDCT después de la LDCT inicial, el miembro debe recibir una orden por escrito para un examen de detección de cáncer de pulmón mediante LDCT, que puede realizar un médico o un profesional médico calificado que no sea un médico durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o un profesional de atención de la salud no médico calificado decide realizar una consulta de asesoramiento sobre detección del cáncer del pulmón y toma compartida de decisiones para las siguientes	No se aplican coseguros, copagos ni deducibles a las sesiones de asesoramiento y las consultas para la toma de decisión conjunto cubiertas por Medicare ni la TCBD.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
pruebas de detección del cáncer del pulmón con LDCT, la consulta debe cumplir con los requisitos de Medicare para dichas consultas.	
Examen de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenirlas 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 médico de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos del embarazo. Además, ofrecemos cobertura hasta de dos sesiones individuales en persona, de 20 a 30 minutos, de asesoramiento conductual de alta intensidad por año para adultos sexualmente activos que tienen mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las proporciona un médico de atención primaria y si se llevan a cabo en un centro de atención primaria, como el consultorio de un médico.	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por el beneficio preventivo cubierto por Medicare de pruebas de detección de ITS y asesoramiento sobre ITS para prevenir las ITS:
Servicios para tratar enfermedades renales† Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • 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.	**$0**
• Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se está temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3). • Capacitación para autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para alguna persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar).	Coseguro de **20%**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Equipos y suministros para diálisis en el hogar. • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, en el caso de ser necesario, visitas de trabajadores capacitados en diálisis para revisar su diálisis en el hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo de diálisis y suministro de agua).	
• Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si se lo admite como paciente hospitalizado en un hospital para recibir atención especial).	No se cobrarán cargos adicionales por los servicios recibidos durante las hospitalizaciones. Consulte la sección "Atención para pacientes hospitalizados" de esta Tabla de Beneficios Médicos para conocer los costos compartidos correspondientes a las hospitalizaciones.
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por 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".	
Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)† (Para leer la definición de "atención en un centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12 de este folleto. Este tipo de centros de atención de enfermería especializada a veces se conocen como "SNF"). Por período de beneficios, cubrimos hasta 100 días de servicios especializados para pacientes hospitalizados en instalaciones de atención de enfermería especializada, de acuerdo con las pautas de Medicare (no se requiere una hospitalización anterior). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada, si es necesario desde el punto de vista médico). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, ocupacional y del habla. • Los medicamentos que se le administran como parte del plan de atención (incluso sustancias que están presentes naturalmente en el cuerpo, como factores de coagulación).	Usted paga lo siguiente por período de beneficios, según el plan en el que esté inscrito: • **$0** por día durante los primeros 20 días. • **$188** por día durante los días 21 a 100, para los miembros de todos los planes Value y para los miembros de los planes Standard DC y Standard VA. • **$160** por día durante los días 21 a 100, para miembros del plan Standard MD. • **$150** por día durante los días 21 a 100, para los miembros de todos los planes High.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• Muestras de sangre: almacenamiento y administración incluidos. • Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados, por lo general, por los SNF. • Análisis de laboratorio proporcionadas, por lo general, por los SNF. • Rayos X y otros servicios radiológicos que generalmente proporciona un SNF. • El uso de aparatos, como sillas de ruedas, que generalmente proporciona un SNF. • Servicios de un médico o profesional médico. 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. • Un hogar para ancianos o un centro para jubilados con atención continua donde vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando allí se proporcione atención en centros de enfermería especializada). • Una SNF donde resida su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital.	El período 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. **Nota:** Si un período de beneficios comienza en 2021 para usted y no termina hasta alguna fecha de 2022, el costo compartido de 2021 continuará hasta que finalice el período de beneficios.
Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) **Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:** Ofrecemos cobertura para dos intentos de dejar el hábito con asesoramiento en un período de 12 meses, como servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara. **Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando un medicamento que pueda ser afectado por el tabaco:** Ofrecemos cobertura de los servicios de asesoramiento para dejar el hábito. Cubriremos dos intentos para dejar de fumar con asesoramiento en un	No se aplica ningún coseguro, copago ni deducible por los beneficios preventivos cubiertos por Medicare para dejar de fumar y de consumir tabaco.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento con asesoramiento incluye hasta cuatro consultas cara a cara.	
Terapia Supervisada de Ejercicio (Supervised Exercise Therapy, SET)† La SET está cubierta para los miembros que padecen la enfermedad arterial periférica (PAD) con síntomas y tienen una referencia por PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones a lo largo de un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe: • Consistir en sesiones que duren de 30 a 60 minutos, que incluyan un programa de ejercicio o entrenamiento terapéutico para la PAD dirigido a los pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico. • Ofrecerlo el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en terapia de ejercicio para la PAD. • Estar bajo supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas. **Nota:** La SET podría estar cubierta más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, con otras 36 sesiones durante un período prolongado, si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.	**$30** por visita.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Servicios de Transporte 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. Llame al **18559325412** (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). 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.	**$0** para 24 viajes de ida por año calendario.
Servicios requeridos con urgencia Los servicios de urgencia son aquellos que se proporcionan para tratar una enfermedad, lesión o condición imprevista que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos de manera temporal. • **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. El costo compartido para servicios de urgencia provistos fuera de la red es el mismo que el de los servicios provistos dentro de la red. **Consulte el Capítulo 3, Sección 3, para obtener más información.**	**Visitas al consultorio médico** Usted paga lo siguiente por consulta, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High. **Visitas al departamento de emergencias** • **$90** por consulta en el Departamento de Emergencias.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen los siguientes: • †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 (exámenes de optometrías) para anteojos o lentes de contacto. Sin embargo, nuestro plan sí cubre los siguientes exámenes: ♦ Exámenes de rutina de los ojos (exámenes de refracciones oculares) para determinar si se tiene la necesidad de una corrección visual y para proporcionar recetas médicas para anteojos.	Usted paga lo siguiente por consulta con el optometrista, según el plan en el que esté inscrito: • **$10** para los miembros de los planes Standard DC, Standard MD o todos los planes Value. • **$5** para los miembros de todos los planes High o Standard VA. Usted paga lo siguiente por consulta con el oftalmólogo, según el plan en el que esté inscrito: • **$50** para los miembros de los planes Value Balt, Value DC o Value MD. • **$45** para los miembros del plan Value VA. • **$40** para los miembros de los planes Standard DC o Standard MD. • **$35** para los miembros del plan Standard VA. • **$30** para los miembros de todos los planes High.
• Para las personas con un riesgo alto de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma por año. Personas con riesgo alto de glaucoma, entre ellas las que tienen antecedentes familiares de glaucoma, las personas con diabetes, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanos mayores de 65 años. • †La prueba de detección de retinopatía diabética y el monitoreo están cubiertos una vez por año para las personas que tienen diabetes.	**$0**
• †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 distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía).	Coseguro de **20 %** *** Nota:** Si el artículo para la visión que compra cuesta más de lo que cubre Medicare, usted paga la diferencia.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
• †Lentes o armazones correctoras (y su reemplazo) necesarios después de una operación de cataratas sin implante de cristalino.	
• †**Otros artículos para la visión:** Una vez cada 24 meses, proporcionamos una **asignación de $200** para los miembros del plan Standard MD o de todos los planes Value, una **asignación de $225** para los miembros del plan High MD o una **asignación de $250** para los miembros de todos los planes High DC, High VA, Standard VA o Standard DC para que utilicen para comprar artículos para la visión en un centro óptico del plan cuando un médico u optometrista recete anteojos o lentes de contacto para corregir la visión. La asignación se puede usar para pagar los siguientes artículos: ♦ Lentes para anteojos, si un proveedor de la red los coloca en un armazón. ♦ Armazones para anteojos con fines refractivos. ♦ Armazones para anteojos, si un proveedor de la red coloca dos lentes (al menos una con valor refractivo) 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 12 meses anteriores. • La asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no podrá usarla más adelante. • **Nota:** Esta asignación no corresponde para artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas.	*Si el artículo para la visión que compre cuesta más que la asignación correspondiente a su plan**, usted pagará la diferencia**. **Nota:** Su asignación aumenta si se inscribe en Advantage Plus (para obtener más detalles, consulte la **Error! Reference source not found.** de este capítulo).

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Servicios que tienen cobertura	Cuánto debe pagar al recibir estos servicios
Consulta preventiva de "Bienvenido a Medicare" Cubrimos una consulta preventiva única de "Bienvenido a Medicare". Esta consulta incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas determinadas pruebas de detección e inyecciones) y referencias para otro tipo de atención, si es necesaria. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare" solo los primeros 12 meses de cobertura de Medicare Parte B. Cuando haga su cita, comunique al consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".	No existe coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva de "Bienvenida a Medicare".
Nota: Consulte el Capítulo 1 (Sección 10) y el Capítulo 11 para obtener información sobre la coordinación de beneficios que se aplica a todos los servicios cubiertos descritos en este Cuadro de Beneficios Médicos.	

Beneficios dentales y lista de tarifas*

Términos y condiciones generales
Conforme a los términos, condiciones, limitaciones y 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 Dominion National para brindar servicios dentales cubiertos a través de proveedores dentales participantes.

Solo los procedimientos dentales mencionados a continuación en la lista de tarifas de servicios dentales son servicios dentales cubiertos. Cuando reciba alguno de los procedimientos mencionados por parte de un proveedor dental, pagará la tarifa mencionada para ese servicio. El proveedor dental participante acordó aceptar esa tarifa como pago total por ese procedimiento. Ni Kaiser Permanente ni Dominion National son responsables por el pago de estas tarifas ni por ninguna tarifa en la que se haya incurrido por servicios dentales sin cobertura.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Puede solicitar una lista de proveedores dentales que participen en Dominion National o buscar uno en línea en DominionNational.com/KaiserDentists. Usted debe seleccionar un "dentista general" participante quien brindará los servicios de profilaxis dental y otros servicios dentales cubiertos a usted y a los miembros de su familia. Los miembros de su familia pueden usar distintos proveedores dentales participantes. También hay atención especializada disponible, en caso de ser necesaria; sin embargo, su dentista general lo debe referir a un especialista del proveedor dental participante. Por lo general, las tarifas por la atención que reciba de parte de un especialista son más altas. Consulte la lista de tarifas de servicios dentales que se adjunta para conocer las tarifas con descuento.

- Puede obtener una lista de proveedores dentales participantes si se comunica con Dominion National a los números que se mencionan a continuación o con nuestro Departamento de Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**) los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
  - Dominion National: hicimos un acuerdo con Dominion National para brindar servicios dentales cubiertos como se describe en esta sección. Para obtener ayuda con las preguntas de cobertura dental o para encontrar un proveedor dental participante, puede comunicarse con los asociados del equipo de Servicios de Dominion, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 6 p. m., llamando al **1-855-733-7524** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).
- El Sistema de Respuesta por Voz Integrado de Dominion está disponible las 24 horas del día para solicitar información sobre los proveedores dentales participantes en su área o para ayudarle a seleccionar un proveedor dental participante. La lista más actualizada de proveedores dentales participantes se puede encontrar en el siguiente sitio web: **www.DominionNational.com/KaiserDentists**.
- Dominion también brinda muchas otras funciones seguras en línea en **www.DominionNational.com**.

Emergencias dentales fuera del área de servicio
Cuando ocurre una emergencia dental fuera del área de servicio, Dominion National le hará un reembolso por los cargos razonables por los servicios dentales cubiertos que se puedan brindar, menos cualquier tarifa con descuento, después de proporcionar el comprobante de pago, que no exceda los $50 por incidente. La cobertura se brinda para tratamientos dentales de emergencia que puedan necesitarse para aliviar el dolor, el sangrado o la hinchazón. Usted debe recibir toda la atención posterior a la emergencia de parte de un proveedor dental participante.

Plan preventivo de $30 del programa con descuento de tarifas
Los procedimientos que no aparecen en esta lista no están cubiertos. Consulte la descripción de sus beneficios dentales para obtener una descripción completa de los términos y las condiciones de sus beneficios cubiertos.

Las tarifas mencionadas en la columna "Lo que debe pagarle al Dentista" solo se aplican cuando un dentista general participante lleva a cabo el procedimiento. Si se necesita atención especializada, su dentista general debe referirlo a un especialista participante.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

CF de $30: Usted paga un copago fijo combinado de $30 por cualquier visita durante la cual se realicen uno o más de los siguientes procedimientos: (a) un examen bucal (D0120, D0140, D0150, D0170 o D0180); (b) radiografías (D0220, D0230, D0240, D0250, D0270, D0272, D0273, D0274, D0277, D0340, D0350 o D0351); (c) una prueba de vitalidad pulpar (D0460); (d) moldes de diagnóstico (D0470); (e) procedimientos de obtención de imágenes (D0701, D0702, D0703, D0704, D0705, D0706, D0707, D0708, D0709); (f) una limpieza de rutina (D1110); (g) aplicación de flúor (D1206 o D1208); o (h) si le dan instrucciones de higiene bucal (D1310, D1320, D1321 o D1330). Usted paga una tarifa por separado por cualquier otro procedimiento que se realice.

La cobertura de los exámenes bucales periódicos y profilaxis (limpiezas) se limita a dos veces por año calendario. La aplicación de fluoruro se limita a una vez por año calendario.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
Servicios de diagnóstico†			
D0120	Evaluación bucal periódica (dos por años calendario)	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0140	Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0150	Evaluación bucal completa: paciente existente o nuevo	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0170	Repetición de la evaluación: limitada, enfocada en el problema	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente existente o nuevo, sin el D0150 y limitada a una vez cada 18 meses	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0210	Intrabucales: serie completa de imágenes radiográficas	**$54**	**$69**
D0220	Intrabucales: primera imagen radiográfica periapical	**CF de $30**	**$14**
D0230	Intrabucales: cada imagen radiográfica periapical adicional	**CF de $30**	**$11**
D0240	Intrabucales: imagen radiográfica oclusiva	**CF de $30**	**$21**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D0250	Extrabucal: proyección de imagen radiográfica bidimensional	**CF de $30**	**$26**
D0270	Mordida: imagen radiográfica única	**CF de $30**	**$14**
D0272	Mordida: dos imágenes radiográficas	**CF de $30**	**$21**
D0273	Mordida: tres imágenes radiográficas	**CF de $30**	**$28**
D0274	Mordida: cuatro imágenes radiográficas	**CF de $30**	**$31**
D0277	Mordida vertical: de 7 a 8 imágenes radiográficas	**CF de $30**	**$47**
D0330	Imagen radiográfica panorámica	**$43**	**$55**
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica bidimensional	**CF de $30**	**$55**
D0350	Imágenes fotográficas orales y faciales bidimensionales	**CF de $30**	**$29**
D0351	Imagen fotográfica tridimensional	**CF de $30**	**$32**
D0460	pruebas de vitalidad pulpar	**CF de $30**	**$35**
D0470	Moldes de diagnóstico (sin ortodoncia)	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0701	Imagen radiográfica panorámica: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2-D: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0703	Imagen fotográfica 2-D oral/facial obtenida por vía intraoral o extraoral: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0704	Imagen fotográfica 3-D: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0706	Intraoral – imagen radiográfica oclusal: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0707	Intraoral – imagen radiográfica periapical: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0708	Intraoral – imagen radiográfica de aleta de mordida: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D0709	Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas: solo captura de imágenes	**CF de $30**	**No está cubierto.**
Servicios preventivos			
D1110	Profilaxis (limpieza): adultos	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D1110	Limpieza adicional, que supere el límite de beneficios	**$40**	**$40**
D1206	Tópicos de barniz de fluoruro para pacientes con caries de riesgo moderado o alto	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D1208	Aplicación tópica de fluoruro, excluido el barniz	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D1330	Instrucciones para la higiene bucal	**CF de $30**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo.	**CF de $30**	**No está cubierto.**
D1352	Restauración preventiva de resina para pacientes con caries de riesgo moderado o alto, dientes permanentes	**$30**	**No está cubierto.**
Servicios de restauración†			
D2140	Amalgama: una superficie, diente de leche o permanente	**$68**	**No está cubierto.**
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes de leche o permanentes	**$88**	**No está cubierto.**
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes de leche o permanentes	**$105**	**No está cubierto.**
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes de leche o permanentes	**$126**	**No está cubierto.**
D2330	Empaste a base de resina: una superficie, anterior.	**$83**	**No está cubierto.**
D2331	Empaste a base de resina: dos superficies, anteriores	**$105**	**No está cubierto.**
D2332	Empaste a base de resina: tres superficies, anteriores.	**$129**	**No está cubierto.**
D2335	Empaste a base de resina: cuatro o más superficies o con compromiso del ángulo incisal (anterior)	**$163**	**No está cubierto.**
D2390	Empaste a base de resina, corona, anterior	**$216**	**No está cubierto.**
D2391	Empaste a base de resina: una superficie, posterior	**$108**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D2392	Empaste a base de resina: dos superficies, posteriores	**$143**	**No está cubierto.**
D2393	Empaste a base de resina: tres superficies, posteriores	**$179**	**No está cubierto.**
D2394	Empaste a base de resina: cuatro o más superficies, posteriores	**$204**	**No está cubierto.**
D2510	Incrustación: metálica, una superficie	**$493**	**No está cubierto.**
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies	**$556**	**No está cubierto.**
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies	**$604**	**No está cubierto.**
D2542	Recubrimiento: metálico, dos superficies	**$641**	**No está cubierto.**
D2543	Recubrimiento: metálico, tres superficies	**$653**	**No está cubierto.**
D2544	Recubrimiento metálico: 4 o más superficies	**$657**	**No está cubierto.**
D2610	Incrustación: de porcelana/cerámica, una superficie	**$541**	**No está cubierto.**
D2620	Incrustación: de porcelana/cerámica, dos superficies	**$576**	**No está cubierto.**
D2630	Incrustación: de porcelana/cerámica, tres o más superficies	**$665**	**No está cubierto.**
D2642	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, dos superficies	**$616**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D2643	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, tres superficies	**$666**	**No está cubierto.**
D2644	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, 4 o más superficies	**$710**	**No está cubierto.**
D2650	Incrustación (inlay): empaste a base de resina; una superficie	**$498**	**No está cubierto.**
D2651	Incrustación (inlay): empaste a base de resina; dos superficies	**$538**	**No está cubierto.**
D2652	Incrustación (inlay): empaste a base de resina; tres o más superficies	**$699**	**No está cubierto.**
D2662	Recubrimiento (onlay): empaste a base de resina; dos superficies	**$568**	**No está cubierto.**
D2663	Recubrimiento (onlay): empaste a base de resina; tres superficies	**$699**	**No está cubierto.**
D2664	Recubrimiento (onlay): empaste a base de resina, 4 o más superficies	**$662**	**No está cubierto.**
D2710	Corona: resina (indirecta)	**$277**	**No está cubierto.**
D2712	Corona: 3/4 de empaste a base de resina (exclusivo para recubrimientos)	**$450**	**No está cubierto.**
D2720	Corona: resina con alto contenido de metal noble	**$675**	**No está cubierto.**
D2721	Corona: resina con metal base principalmente	**$601**	**No está cubierto.**
D2722	Corona: resina con metal noble	**$628**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D2740	Corona: porcelana/cerámica	**$741**	**No está cubierto.**
D2750	Corona: de porcelana fundida con alto contenido de metal noble	**$755**	**No está cubierto.**
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	**$653**	**No está cubierto.**
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	**$679**	**No está cubierto.**
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	**$755**	**No está cubierto.**
D2780	Corona: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	**$724**	**No está cubierto.**
D2781	Corona: 3/4 de molde con metal base principalmente	**$566**	**No está cubierto.**
D2782	Corona: 3/4 de molde con metal noble	**$611**	**No está cubierto.**
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	**$628**	**No está cubierto.**
D2790	Corona: molde completo con alto contenido de metal noble	**$675**	**No está cubierto.**
D2791	Corona: molde completo con metal base principalmente	**$601**	**No está cubierto.**
D2792	Corona: molde completo con metal noble	**$628**	**No está cubierto.**
D2794	Corona: de titanio y aleaciones de titanio	**$679**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D2910	Recementar incrustación	**$68**	**No está cubierto.**
D2920	Recementar corona	**$68**	**No está cubierto.**
D2932	Corona prefabricada de resina	**$254**	**No está cubierto.**
D2940	Restauración protectora	**$77**	**No está cubierto.**
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas las espigas	**$172**	**No está cubierto.**
D2951	Retención de la espiga: por diente, además de la restauración	**$40**	**No está cubierto.**
D2952	Perno y muñón, además de la corona	**$252**	**No está cubierto.**
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	**$224**	**No está cubierto.**
D2955	Extracción del perno (sin terapia de endodoncia)	**$194**	**No está cubierto.**
D2980	Arreglo de corona necesaria por falla del material de restauración	**$138**	**No está cubierto.**
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	**$138**	**No está cubierto.**
D2982	Reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración	**$138**	**No está cubierto.**
Servicios de endodoncia†			

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D3110	Recubrimiento de la pulpa: directo (sin restauración final)	**$47**	**No está cubierto.**
D3120	Recubrimiento de la pulpa: indirecto (sin restauración final)	**$47**	**No está cubierto.**
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final): eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	**$104**	**$122**
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	**$126**	**No está cubierto.**
D3230	Terapia pulpar: empaste reabsorbible, anterior, diente de leche	**$123**	**No está cubierto.**
D3240	Terapia pulpar: empaste reabsorbible, posterior, diente de leche	**$211**	**No está cubierto.**
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (sin restauración final)	**$521**	**$598**
D3320	Endodoncia, diente premolar (sin restauración final)	**$576**	**$663**
D3330	Endodoncia, muelas (sin restauración final)	**$755**	**$867**
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna	**No está cubierto.**	**$225**
D3346	Tratamiento posterior de endodoncia previa: dientes anteriores	**No está cubierto.**	**$609**
D3347	Tratamiento posterior de endodoncia previa: premolar	**No está cubierto.**	**$812**
D3348	Tratamiento posterior de endodoncia previa: molar	**No está cubierto.**	**$1,047**
D3410	Apicectomía: anterior.	**$422**	**$524**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz).	**$471**	**$655**
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	**$518**	**$687**
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	**$314**	**$371**
D3427	Cirugía perirradicular, sin apicectomía	**$402**	**$504**
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	**$118**	**$295**
D3450	Amputación de raíz: por raíz	**$205**	**$330**
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, anterior	**$422**	**$524**
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, premolar	**$471**	**$655**
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, molar	**$518**	**$687**
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular, anterior	**$422**	**$524**
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular, premolar	**$471**	**$655**
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular, molar	**$518**	**$687**
D3920	Hemisección (con extracción de raíz), no incluye el tratamiento de endodoncia	**$258**	**$305**
D3950	Preparación del conducto y ajuste de espiga o perno preformados	**$154**	**$216**
Servicios de periodoncia†			

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos por cuadrante	**$372**	**$439**
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes por cuadrante	**$161**	**$190**
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos	**$479**	**$566**
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	**$121**	**$239**
D4260	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo): cuatro o más dientes por cuadrante	**$709**	**$836**
D4261	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo): de uno a tres dientes por cuadrante	**$452**	**$534**
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	**$389**	**$562**
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente	**$329**	**$466**
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	**$137**	**$194**
D4342	Limpieza de sarro periodontal y raspado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	**$99**	**$117**
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, después de evaluación bucal	**$76**	**$103**
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico completos	**$121**	**$175**
D4381	Colocación localizada de agentes antimicrobianos	**$90**	**$101**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D4910	Mantenimiento periodontal	**$83**	**$110**
Protésicos: extraíbles†			
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar.	**$845**	**No está cubierto.**
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	**$845**	**No está cubierto.**
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	**$910**	**No está cubierto.**
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	**$910**	**No está cubierto.**
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	**$653**	**No está cubierto.**
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	**$653**	**No está cubierto.**
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye cualquier soporte, gancho y diente convencional)	**$906**	**No está cubierto.**
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye cualquier soporte, gancho y diente convencional)	**$906**	**No está cubierto.**
D5221	Dentadura postiza parcial inmediata, maxilar	**$653**	**No está cubierto.**
D5222	Dentadura postiza parcial inmediata, mandibular	**$653**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata, maxilar	**$906**	**No está cubierto.**
D5224	Dentadura postiza parcial inmediata, mandibular	**$906**	**No está cubierto.**
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial	**$904**	**No está cubierto.**
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular	**$1,004**	**No está cubierto.**
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: molde metálico de una pieza, maxilar	**$510**	**No está cubierto.**
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: molde de metal de una pieza, mandibular	**$510**	**No está cubierto.**
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: base flexible de una pieza, (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	**$510**	**No está cubierto.**
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: resina de una pieza, (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	**$510**	**No está cubierto.**
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	**$79**	**No está cubierto.**
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	**$79**	**No está cubierto.**
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	**$79**	**No está cubierto.**
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	**$79**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D5511	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada: mandibular	**$101**	**No está cubierto.**
D5512	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada: maxilar	**$101**	**No está cubierto.**
D5520	Reemplazo de dientes rotos o faltantes, dentadura postiza completa (cada diente)	**$84**	**No está cubierto.**
D5611	Reparación de base de dentadura postiza de resina: mandibular	**$102**	**No está cubierto.**
D5612	Reparación de base de dentadura postiza de resina: maxilar	**$102**	**No está cubierto.**
D5621	Reparación parcial del molde: mandibular	**$147**	**No está cubierto.**
D5622	Reparación parcial del molde: maxilar	**$147**	**No está cubierto.**
D5630	Reparación o reemplazo de los materiales rotos de retención/sujeción, por diente	**$139**	**No está cubierto.**
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	**$88**	**No está cubierto.**
D5650	Agregado de un diente a una dentadura postiza parcial existente	**$131**	**No está cubierto.**
D5660	Agregado de ganchos a una dentadura postiza parcial existente, por diente	**$160**	**No está cubierto.**
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (maxilar)	**$559**	**No está cubierto.**
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (mandibular)	**$559**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	**$344**	**No está cubierto.**
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	**$331**	**No está cubierto.**
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	**$265**	**No está cubierto.**
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	**$265**	**No está cubierto.**
D5730	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (directa)	**$214**	**No está cubierto.**
D5731	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (directa)	**$215**	**No está cubierto.**
D5740	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (directa)	**$212**	**No está cubierto.**
D5741	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (directa)	**$212**	**No está cubierto.**
D5750	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)	**$260**	**No está cubierto.**
D5751	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)	**$258**	**No está cubierto.**
D5760	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (indirecta)	**$250**	**No está cubierto.**
D5761	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (indirecta)	**$249**	**No está cubierto.**
D5810	Dentadura postiza completa provisional (maxilar)	**$549**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D5811	Dentadura postiza completa provisional (mandibular)	**$400**	**No está cubierto.**
D5820	Dentadura postiza parcial temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes); maxilar	**$424**	**No está cubierto.**
D5821	Dentadura postiza parcial temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes); mandibular	**$429**	**No está cubierto.**
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	**$120**	**No está cubierto.**
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	**$121**	**No está cubierto.**
Protésicos: fijos†			
D6000-D6199	**TODOS LOS SERVICIOS DE IMPLANTE: 15 % DE DESCUENTO (incluye D0360 a D0363 imágenes de haz cónico con implantes)**		
D6081	Alisado y desbridamiento con inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción y cierre del colgajo	**$99**	**$117**
D6210	Póntico: molde con alto contenido de metal noble	**$610**	**No está cubierto.**
D6211	Póntico: molde con metal base principalmente	**$624**	**No está cubierto.**
D6212	Póntico: molde con metal noble	**$586**	**No está cubierto.**
D6214	Póntico: titanio y aleaciones de titanio	**$571**	**No está cubierto.**
D6240	Póntico: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	**$755**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal base principalmente	**$653**	**No está cubierto.**
D6242	Póntico: porcelana fundida con metal noble	**$679**	**No está cubierto.**
D6243	Póntico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	**$571**	**No está cubierto.**
D6245	Póntico: porcelana/cerámica	**$741**	**No está cubierto.**
D6250	Póntico: resina con alto contenido de metal noble	**$745**	**No está cubierto.**
D6251	Póntico: resina con metal base principalmente	**$707**	**No está cubierto.**
D6252	Póntico: resina con metal noble	**$717**	**No está cubierto.**
D6545	Retenedor: molde de metal para prótesis fija unida con resina	**$270**	**No está cubierto.**
D6548	Retenedor: de porcelana/cerámica para prótesis fija unida con resina	**$481**	**No está cubierto.**
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija unida con resina	**$270**	**No está cubierto.**
D6600	Incrustación de retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies	**$410**	**No está cubierto.**
D6601	Incrustación de retenedor: porcelana/cerámica, 3 o más superficies	**$426**	**No está cubierto.**
D6602	Incrustación de retenedor: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	**$422**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D6603	Incrustación de retenedor: molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	**$468**	**No está cubierto.**
D6604	Incrustación de retenedor: molde con metal base principalmente, dos superficies	**$422**	**No está cubierto.**
D6605	Incrustación de retenedor: molde con metal base principalmente, tres o más superficies	**$407**	**No está cubierto.**
D6606	Incrustación de retenedor: molde con metal noble, dos superficies	**$390**	**No está cubierto.**
D6607	Incrustación de retenedor: molde con metal noble, tres o más superficies	**$426**	**No está cubierto.**
D6608	Recubrimiento de retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies	**$439**	**No está cubierto.**
D6609	Recubrimiento de retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies	**$459**	**No está cubierto.**
D6610	Recubrimiento de retenedor: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	**$501**	**No está cubierto.**
D6611	Recubrimiento de retenedor, molde con alto contenido de metal noble, 3 o más superficies	**$548**	**No está cubierto.**
D6612	Recubrimiento de retenedor: molde con metal base principalmente, dos superficies	**$431**	**No está cubierto.**
D6613	Recubrimiento de retenedor: molde con metal base principalmente, tres o más superficies	**$511**	**No está cubierto.**
D6614	Recubrimiento de retenedor: molde con metal noble, dos superficies	**$454**	**No está cubierto.**
D6615	Recubrimiento de retenedor, molde con metal noble, 3 o más superficies	**$511**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D6624	Incrustación de retenedor: titanio	**$468**	**No está cubierto.**
D6634	Recubrimiento de retenedor: titanio	**$548**	**No está cubierto.**
D6720	Corona de retención: resina con alto contenido de metal noble	**$747**	**No está cubierto.**
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	**$666**	**No está cubierto.**
D6722	Corona de retención: resina con metal noble	**$696**	**No está cubierto.**
D6740	Corona de retención, porcelana/cerámica	**$741**	**No está cubierto.**
D6750	Corona de retención: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	**$639**	**No está cubierto.**
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	**$571**	**No está cubierto.**
D6752	Corona de retención: porcelana fundida con metal noble	**$599**	**No está cubierto.**
D6753	Corona de retención: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	**$679**	**No está cubierto.**
D6780	Corona de retención: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	**$724**	**No está cubierto.**
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde con metal base principalmente	**$566**	**No está cubierto.**
D6782	Corona de retención: 3/4 de molde con metal noble	**$578**	**No está cubierto.**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	**$808**	**No está cubierto.**
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	**$679**	**No está cubierto.**
D6790	Corona de retención: molde completo con alto contenido de metal noble	**$675**	**No está cubierto.**
D6791	Corona de retención: molde completo con metal base principalmente	**$601**	**No está cubierto.**
D6792	Corona de retención: molde completo con metal noble	**$628**	**No está cubierto.**
D6794	Corona de retención: titanio y aleaciones de titanio	**$679**	**No está cubierto.**
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	**$88**	**No está cubierto.**
D6940	Dispositivo dental para el estrés	**$205**	**No está cubierto.**
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, por informe	**$206**	**No está cubierto.**
Cirugía oral†			
D7111	Extracción de remanentes coronales: diente de leche	**$72**	**$85**
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extirpación con fórceps)	**$83**	**$97**
D7210	Extracción de un diente erupcionado que requiera elevación de un colgajo mucoperióstico y extracción de hueso o disección de un diente	**$149**	**$176**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D7220	Extracción de diente traumatizado: tejido blando	**$183**	**$216**
D7230	Extracción de diente traumatizado: parcialmente óseo	**$250**	**$295**
D7240	Extracción de diente traumatizado: completamente óseo	**$295**	**$347**
D7241	Extracción de diente traumatizado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	**$363**	**$429**
D7250	Extracción de raíces dentales residuales (con incisión)	**$167**	**$199**
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente	**$363**	**$429**
D7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente erupcionado o desplazado accidentalmente	**$279**	**$330**
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	**$312**	**$369**
D7282	Movilización de un diente erupcionado o en mala posición para ayudar a la dentición	**$96**	**$210**
D7285	Biopsia de tejido bucal: duro (hueso, diente)	**$196**	**$231**
D7286	Biopsia de tejido bucal: blando (el resto)	**$184**	**$216**
D7291	Fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe	**$142**	**$169**
D7310	Alveoloplastia con extracciones: por cuadrante	**$150**	**$177**
D7311	Alveoloplastia con extracciones	**$130**	**$154**
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: por cuadrante	**$193**	**$227**
D7321	Alveoloplastia sin extracciones	**$40**	**$84**
D7471	Extirpación de exostosis lateral	**$314**	**$370**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D7472	Extirpación de rodete palatino	**$263**	**$311**
D7473	Extirpación de rodete mandibular	**$271**	**$320**
D7485	Reducción de tuberosidad ósea	**$297**	**$351**
D7510	Incisión y drenaje de abscesos – tejido intrabucal blando.	**$108**	**$127**
D7511	Incisión y drenaje de abscesos: intrabucal	**$226**	**$260**
D7910	Sutura de pequeñas heridas recientes de hasta 5 cm	**$246**	**$290**
D7922	Colocación de apósitos biológicos de alveolo dentario interno para ayudar a la hemostasis o estabilización de coágulos, por sitio	**$25**	**$25**
D7961	Frenectomía labial/bucal (frenulectomía)	**$226**	**$314**
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	**$226**	**$314**
D7963	Frenuloplastia	**$99**	**$245**
D7970	Extirpación de tejido hiperplásico: por arco	**$456**	**$539**
D7971	Extirpación de la encía pericoronaria	**$225**	**$265**
D7972	Reducción quirúrgica de la tuberosidad fibrosa	**$78**	**$185**
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	**$43**	**$88**
Ortodoncia†			
D8090	Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adulta	**No está cubierto.**	**$3,658**
D8660	Consulta previa al tratamiento de ortodoncia	**No está cubierto.**	**$413**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D8670	Consulta periódica para el tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato)	**No está cubierto.**	**$118**
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, elaboración y colocación de retenedores)	**No está cubierto.**	**$516**
Procedimientos adicionales†			
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor de dientes: procedimiento menor	**$43**	**$88**
D9210	Anestesia local separada de procedimientos operativos o quirúrgicos	**$0**	**No está cubierto.**
D9211	Anestesia de bloque regional	**$0**	**No está cubierto.**
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	**$0**	**No está cubierto.**
D9215	Anestesia local	**$0**	**No está cubierto.**
D9219	Evaluación para sedación profunda o anestesia general	**$0**	**No está cubierto.**
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos	**$103**	**$178**
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	**$103**	**$178**
D9230	Analgesia, ansiólisis, inhalación de óxido nitroso	**$37**	**$42**
D9239	Sedación/analgesia moderada intravenosa, primer incremento de 15 minutos	**$103**	**$178**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D9243	Sedación/analgesia moderada intravenosa, cada incremento posterior de 15 minutos	**$103**	**$178**
D9310	Consulta (servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no sea el médico que ofrece el tratamiento)	**$59**	**$96**
D9439	Visita al consultorio: No incluye una consulta CF de $30	**$10**	**$10**
D9440	Visita al consultorio: después del horario de atención regular	**$27**	**$111**
D9613	Infiltración de medicamento terapéutico de liberación sostenida, en uno o varios sitios	**$190**	**$190**
D9910	Aplicación de medicamento para desensibilización	**$31**	**$61**
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas)	**$48**	**$48**
D9944	Protección oclusal, dispositivo duro, arco completo	**$338**	**$519**
D9945	Protección oclusal, dispositivo blando, arco completo	**$338**	**$519**
D9946	Protección oclusal, dispositivo duro, arco parcial	**$338**	**$519**
D9950	Análisis de oclusión: encaje de los dientes	**$169**	**$169**
D9951	Ajuste oclusal: limitado	**$88**	**$115**
D9952	Ajuste oclusal: completo	**$372**	**$597**
D9986	Inasistencia a una cita	**$50**	**$50**
D9995	Teledentista: consulta sincronizada en tiempo real	**$20**	**$20**
D9996	Teledentista: no sincronizada; información almacenada y enviada al dentista para una revisión posterior	**$20**	**$20**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	Descripción de los servicios	*Lo que debe pagar	
		Dentista	Consultar a un especialista
D9997	Administración de casos dentales: pacientes con necesidades especiales de atención médica	**$50**	**$50**

Sección 2.2 – Beneficios “suplementarios 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 como miembro del plan. Estos beneficios adicionales se denominan “beneficios suplementarios opcionales”. Si desea obtener estos beneficios suplementarios opcionales, debe inscribirse para recibirlos y es posible que deba pagar una prima adicional. Si no paga la prima adicional, es posible que se cancelen los beneficios. Los beneficios suplementarios opcionales descritos en esta sección están sujetos al mismo proceso de apelaciones que el resto de los beneficios.

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

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. Si no seleccionó Advantage Plus cuando se inscribió en Kaiser Permanente Medicare Advantage, puede inscribirse en Advantage Plus durante las fechas que se indican a continuación mediante el envío de un formulario de inscripción completo 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. 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. Reembolsaremos los pagos de primas excesivos. Llame a Servicio a los Miembros para solicitar un formulario de cancelación de la inscripción.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Si cancela su inscripción en Advantage Plus y desea volver a inscribirse en el futuro, consulte más arriba las fechas en las que puede hacerlo en "Cuándo puede inscribirse en Advantage Plus". 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 (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que debe pagar***
Prima mensual adicional. Esta prima mensual adicional se suma a la prima de su plan Kaiser Permanente Medicare Advantage (para obtener más información sobre la prima, consulte la Sección 4.1 del Capítulo 1).	**$25**
Cobertura adicional de artículos para la visión† • La inscripción en Advantage Plus aumenta su asignación estándar para artículos para la visión que se describe en el Cuadro de Beneficios Médicos en "Cuidado de la visión" al agregar una asignación adicional de **$175** a su asignación estándar, lo que resulta en una asignación combinada para artículos para la visión de **$375** para miembros del plan Standard MD o de todos los planes Value, de **$400** para miembros del plan High MD o de **$425** para los miembros de todos los planes High DC, High VA o del plan Standard DC. • Puede usar esta asignación para la compra de artículos para la visión una vez cada 24 meses. Si no usa la totalidad de su asignación combinada en el punto inicial de venta, no puede usarla más adelante. • Los artículos para la visión deben comprarse en un centro óptico de la red. **Nota:** Esta asignación no corresponde para artículos para la visión obtenidos después de la cirugía de cataratas.	Si el artículo para la visión que compre cuesta más de **$175, usted paga la diferencia**.
Cobertura adicional para audífonos† • 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 de **$1,500** en artículos para la visión.	Si el audífono que compra cuesta más de **$1,500, usted paga la diferencia**.

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que debe pagar***
• 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 obtener con un solo audífono, cubriremos un audífono por cada oído. La asignación combinada por oído solo se puede usar una vez cada 36 meses. Si no usa la totalidad de su asignación combinada en el punto inicial de venta, no puede usarla más adelante. • Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará el audífono con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre.	
• Evaluación y ajuste de los audífonos • Consultas para comprobar que el(los) audífono(s) cumple(n) con las especificaciones de la receta médica. • Consultas para el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección después de que venza la garantía.	**$0**
Beneficios dentales de Advantage Plus DHMO Conforme a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones especificados en esta **Evidencia de Cobertura**, incluido el Capítulo 12, “Definición de Palabras Importantes”, usted puede recibir servicios dentales cubiertos de proveedores dentales participantes. Consulte la Sección 3.2 de este capítulo para conocer las exclusiones y limitaciones dentales. Los servicios que reciba de dentistas no participantes no están cubiertos con este plan, a excepción de los beneficios proporcionados bajo una referencia a un proveedor dental no participante y de las emergencias dentales. Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. hizo un acuerdo con Dominion National para brindar servicios dentales cubiertos a través de proveedores dentales participantes. Usted pagará copagos por servicios dentales cubiertos que reciba de proveedores de servicios dentales generales participantes. Pagará el copago correspondiente directamente al proveedor dental participante cuando se le proporcionen los servicios. Solo los procedimientos dentales mencionados a continuación en esta lista de tarifas son servicios dentales cubiertos. El proveedor de servicios dentales generales participante acordó aceptar su copago como pago total de su responsabilidad por ese procedimiento. Estos copagos no se aplican cuando los realiza un especialista participante (excepto en ortodoncia). En vez de eso, los especialistas participantes, si están disponibles, han hecho un acuerdo con Dominion National para brindar servicios dentales a los miembros con una reducción del 25 % de sus cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR). Ni Kaiser Permanente ni Dominion National son	

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que debe pagar***
responsables por el pago de estas tarifas ni por ninguna tarifa en la que se haya incurrido por servicios dentales no cubiertos. Puede solicitarnos una lista de proveedores dentales que participen a nosotros a Dominion National o buscar uno en línea en DominionNational.com/KaiserDentists. Usted debe seleccionar un "dentista general" del proveedor dental participante quien brindará los servicios dentales preventivos y otros servicios dentales cubiertos a usted. Se recomiendan especialmente las referencias de especialistas para ayudar a la comunicación entre sus dentistas generales participantes y el proveedor dental especialista participante y están sujetas a las exclusiones y limitaciones descritas en la Sección 3.2 de este capítulo. • Puede obtener una lista de proveedores dentales participantes llamando a: Servicio a los Miembros al **1-888-777-5536** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana. • Si tiene preguntas sobre la cobertura dental o si necesita ayuda para encontrar un proveedor dental participante, llame a los asociados del Equipo de Servicio de Dominion National al **1-855-733-7524**, de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 6 p. m. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**. • El Sistema de Respuesta por Voz Integrado de Dominion está disponible las 24 horas del día para solicitar información sobre los proveedores dentales participantes en su área o para ayudarle a seleccionar un proveedor dental participante. La lista más actualizada de proveedores dentales participantes se puede encontrar en el siguiente sitio web: **www.DominionNational.com/KaiserDentists**. • Dominion también brinda muchas otras funciones seguras en línea en **www.DominionNational.com**.	
Emergencias dentales fuera del área de servicio Si se encuentra a más de 50 millas de su dentista participante, puede recibir servicios de emergencia de cualquier dentista autorizado. Los servicios de emergencia se definen como "cuidados paliativos de una lesión, dolor de dientes o un accidente que requiera la atención inmediata de un dentista". El plan reembolsa hasta $100 por incidente, por servicios de emergencia fuera del área de servicio. Los servicios se limitan a aquellos procedimientos que no están excluidos de las limitaciones y exclusiones descritas en la Sección 3.2 de este capítulo. Usted debe recibir toda la atención posterior a la emergencia de su dentista participante.	

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Advantage Plus (Estos beneficios suplementarios opcionales solo están disponibles para los miembros inscritos en Advantage Plus)	**Lo que debe pagar***
Descripción de los beneficios y copagos del plan DHMO Los procedimientos que no aparecen en la siguiente tabla no están cubiertos. Consulte la descripción de sus beneficios dentales para obtener una descripción completa de los términos y las condiciones de sus beneficios cubiertos. Además, consulte la Sección 3.2 de este capítulo para conocer los servicios y artículos que están excluidos y limitados. Esta tabla no incluye las exclusiones y limitaciones. El copago mencionado en la columna "Lo que debe pagar" solo se aplica cuando el servicio lo brinda un dentista general participante. Usted debe seleccionar un dentista participante y recibir la atención dental de ese dentista, a menos que se indique lo contrario. Si se necesita atención especializada, su dentista general debe referirlo a un proveedor dental especialista participante. Los especialistas participantes, si están disponibles, han hecho un acuerdo con Dominion National para proporcionar una reducción del 25 % de sus cargos habituales, acostumbrados y razonables (UCR).	

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	***Lo que debe pagar**
Servicios de diagnóstico		
D9439	Visita al consultorio	**$10**
D0120	Evaluación bucal periódica	**$0**
D0140	Evaluación bucal limitada: enfocada en el problema	**$0**
D0150	Evaluación bucal completa: paciente existente o nuevo	**$0**
D0160	Evaluación detallada y exhaustiva: enfocada en el problema	**$0**
D0170	Repetición de la evaluación: limitada, enfocada en el problema	**$0**
D0180	Evaluación periodontal integral: paciente existente o nuevo, sin el D0150 y limitada a una vez cada 18 meses	**$36**
D0210	Intrabucales: serie completa de imágenes radiográficas	**$26**
D0220	Intrabucales: primera imagen radiográfica periapical	**$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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D0230	Intrabucales: cada imagen radiográfica periapical adicional	**$0**
D0240	Intrabucales: imagen radiográfica oclusiva	**$0**
D0250	Extrabucal: proyección de imagen radiográfica bidimensional	**$0**
D0270	Mordida: imagen radiográfica única	**$0**
D0272	Mordida: dos imágenes radiográficas	**$0**
D0273	Mordida: tres imágenes radiográficas	**$0**
D0274	Mordida: cuatro imágenes radiográficas	**$0**
D0277	Mordida vertical: de 7 a 8 imágenes radiográficas	**$0**
D0330	Imagen radiográfica panorámica	**$30**
D0340	Imagen radiográfica cefalométrica bidimensional	**$0**
D0350	Imágenes fotográficas orales y faciales bidimensionales	**$0**
D0351	Imagen fotográfica tridimensional	**$0**
D0460	pruebas de vitalidad pulpar	**$0**
D0470	Moldes de diagnóstico (sin ortodoncia)	**$0**
D0701	Imagen radiográfica panorámica: solo captura de imágenes	**$0**
D0702	Imagen radiográfica cefalométrica 2-D: solo captura de imágenes	**$0**
D0703	Imagen fotográfica 2-D oral/facial obtenida por vía intraoral o extraoral: solo captura de imágenes	**$0**
D0704	Imagen fotográfica 3-D: solo captura de imágenes	**$0**
D0705	Imagen radiográfica dental posterior extraoral: solo captura de imágenes	**$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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D0706	Intraoral – imagen radiográfica oclusal: solo captura de imágenes	**$0**
D0707	Intraoral – imagen radiográfica periapical: solo captura de imágenes	**$0**
D0708	Intraoral – imagen radiográfica de aleta de mordida: solo captura de imágenes	**$0**
D0709	Intraoral – serie completa de imágenes radiográficas: solo captura de imágenes	**$0**
Servicios preventivos		
D1110	Profilaxis (limpieza): adultos	**$0**
D1110	Limpieza adicional: personas diabéticas o embarazadas	**$40**
D1206	Tópicos de barniz de fluoruro para pacientes con caries de riesgo moderado o alto	**$0**
D1208	Aplicación tópica de fluoruro	**$0**
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades dentales	**$0**
D1320	Asesoramiento sobre el tabaco para el control y la prevención de enfermedades bucales	**$0**
D1321	Asesoramiento para el control y la prevención de efectos adversos en la salud oral, conductual y sistémica asociados con el uso de sustancias de alto riesgo.	**$0**
D1330	Instrucciones para la higiene bucal	**$0**
D1354	Aplicación de medicamento temporal para detener las caries: por diente	**$0**
Servicios de restauración		

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D2140	Amalgama: una superficie, diente de leche o permanente	**$37**
D2150	Amalgama: dos superficies, dientes de leche o permanentes	**$46**
D2160	Amalgama: tres superficies, dientes de leche o permanentes	**$58**
D2161	Amalgama: cuatro o más superficies, dientes de leche o permanentes	**$69**
D2330	Empaste a base de resina: una superficie, diente anterior	**$64**
D2331	Empaste a base de resina: dos superficies, dientes anteriores	**$76**
D2332	Empaste a base de resina: tres superficies, dientes anteriores	**$90**
D2335	Empaste a base de resina: cuatro o más superficies o con compromiso del ángulo incisal (dientes anteriores)	**$109**
D2390	Empaste a base de resina en corona, dientes anteriores	**$175**
D2391	Empaste a base de resina: una superficie, dientes posteriores	**$68**
D2392	Empaste a base de resina: dos superficies, dientes posteriores	**$80**
D2393	Empaste a base de resina: tres superficies, dientes posteriores	**$93**
D2394	Empaste a base de resina: cuatro o más superficies, dientes posteriores	**$112**
D2510	Incrustación: metálica, una superficie	**$390**
D2520	Incrustación: metálica, dos superficies	**$390**
D2530	Incrustación: metálica, tres o más superficies	**$407**
D2542	Recubrimiento: metálico, dos superficies	**$423**
D2543	Recubrimiento: metálico, tres superficies	**$511**
D2544	Recubrimiento metálico: 4 o más superficies	**$511**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D2610	Incrustación: de porcelana/cerámica, una superficie	**$410**
D2620	Incrustación: de porcelana/cerámica, dos superficies	**$410**
D2630	Incrustación: de porcelana/cerámica, tres o más superficies	**$427**
D2642	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, dos superficies	**$439**
D2643	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, tres superficies	**$459**
D2644	Recubrimiento: de porcelana/cerámica, 4 o más superficies	**$459**
D2650	Incrustación: empaste a base de resina, una superficie	**$425**
D2651	Incrustación: empaste a base de resina, dos superficies	**$425**
D2652	Incrustación: empaste a base de resina, tres o más superficies	**$425**
D2662	Recubrimiento: empaste a base de resina, dos superficies	**$429**
D2663	Recubrimiento: empaste a base de resina, tres superficies	**$429**
D2664	Recubrimiento: empaste a base de resina, 4 o más superficies	**$429**
D2710	Corona: resina (indirecta)	**$259**
D2712	Corona: 3/4 de empaste a base de resina (exclusivo para recubrimientos)	**$450**
D2720	Corona: resina con alto contenido de metal noble	**$470**
D2721	Corona: resina con metal base principalmente	**$470**
D2722	Corona: resina con metal noble	**$470**
D2740	Corona: porcelana/cerámica	**$531**
D2750	Corona: de porcelana fundida con alto contenido de metal noble	**$495**
D2751	Corona: porcelana fundida con metal base principalmente	**$495**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D2752	Corona: porcelana fundida con metal noble	**$495**
D2753	Corona: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	**$495**
D2780	Corona: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	**$457**
D2781	Corona: 3/4 de molde con metal base principalmente	**$457**
D2782	Corona: 3/4 de molde con metal noble	**$457**
D2783	Corona: 3/4 de porcelana/cerámica	**$469**
D2790	Corona: molde completo con alto contenido de metal noble	**$481**
D2791	Corona: molde completo con metal base principalmente	**$481**
D2792	Corona: molde completo con metal noble	**$481**
D2794	Corona de titanio y aleaciones de titanio	**$481**
D2910	Recementar incrustación	**$41**
D2920	Recementar corona	**$41**
D2931	Corona prefabricada de acero inoxidable: diente permanente	**$119**
D2932	Corona prefabricada de resina	**$135**
D2940	Restauración protectora	**$37**
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidas las espigas	**$120**
D2951	Retención de la espiga: por diente, además de la restauración	**$22**
D2952	Perno y muñón, además de la corona	**$181**
D2954	Perno y muñón prefabricados, además de la corona	**$148**
D2955	Extracción del perno (sin terapia de endodoncia)	**$101**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D2980	Arreglo de corona necesaria por falla del material de restauración	**$93**
D2981	Reparación de incrustación necesaria por falla del material de restauración	**$93**
D2982	Reparación de recubrimiento necesaria por falla del material de restauración	**$93**
Servicios de endodoncia		
D3110	Recubrimiento de la pulpa: directo (sin restauración final)	**$28**
D3120	Recubrimiento de la pulpa: indirecto (sin restauración final)	**$28**
D3220	Pulpotomía terapéutica (no incluye la restauración final): eliminación de la pulpa coronal en la unión dentinocementaria y aplicación de medicamentos	**$81**
D3221	Desbridamiento del tejido pulpar, dientes primarios y permanentes	**$87**
D3230	Terapia pulpar: empaste reabsorbible, anterior, diente de leche	**$70**
D3240	Terapia pulpar: empaste reabsorbible, posterior, diente de leche	**$120**
D3310	Endodoncia, dientes anteriores (sin restauración final)	**$325**
D3320	Endodoncia, diente premolar (sin restauración final)	**$395**
D3330	Endodoncia, muelas (sin restauración final)	**$488**
D3333	Arreglo de defectos de perforación en la raíz interna	**$96**
D3346	Tratamiento posterior de endodoncia previa: dientes anteriores	**$356**
D3347	Tratamiento posterior de endodoncia previa: premolar	**$418**
D3348	Tratamiento posterior de endodoncia previa: molar	**$527**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D3410	Apicectomía: anterior.	**$310**
D3421	Apicectomía: premolar (primera raíz)	**$333**
D3425	Apicectomía: molar (primera raíz)	**$379**
D3426	Apicectomía (cada raíz adicional)	**$148**
D3430	Empaste retrógrado: por raíz	**$113**
D3450	Amputación de raíz: por raíz	**$202**
D3471	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, anterior	**$310**
D3472	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, premolar	**$333**
D3473	Reparación quirúrgica de reabsorción radicular, molar	**$379**
D3501	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular, anterior	**$310**
D3502	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular, premolar	**$333**
D3503	Exposición quirúrgica de la superficie radicular sin apicectomía o reparación de la reabsorción radicular, molar	**$379**
D3920	Hemisección (con extracción de raíz), no incluye el tratamiento de endodoncia	**$202**
D3950	Preparación del conducto y ajuste de espiga o perno preformados	**$125**
Servicios de periodoncia		
D4210	Gingivectomía o gingivoplastia: cuatro o más dientes contiguos por cuadrante	**$265**
D4211	Gingivectomía o gingivoplastia: uno a tres dientes por cuadrante	**$94**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D4240	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos	**$324**
D4241	Procedimiento de colgajo gingival, incluye el alisado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	**$90**
D4260	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo): cuatro o más dientes por cuadrante	**$485**
D4261	Cirugía ósea (incluye inserción y cierre del colgajo): de uno a tres dientes por cuadrante	**$360**
D4263	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, primer sitio en el cuadrante	**$502**
D4264	Injerto de reemplazo óseo: diente natural retenido, cada sitio adicional en el cuadrante	**$393**
D4265	Materiales biológicos para contribuir con la regeneración de tejido blando y óseo	**$275**
D4268	Procedimiento de revisión quirúrgica, por diente	**$329**
D4270	Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando	**$434**
D4273	Procedimiento de injerto de tejido conectivo autógeno, primer diente	**$540**
D4274	Procedimiento de cuña mesial/distal, un solo diente	**$308**
D4275	Injerto de tejido conectivo no autógeno (incluidos el sitio del receptor y el material del donante), primer diente, implante, o posición sin dientes en injerto	**$576**
D4277	Procedimiento de injerto de tejido blando libre, primer diente	**$441**
D4278	Procedimiento de injerto de tejido blando libre, cada diente adicional	**$68**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular: cuatro o más dientes contiguos o espacios delimitados entre dientes por cuadrante	**$105**
D4342	Limpieza de sarro periodontal y raspado radicular: de uno a tres dientes por cuadrante	**$57**
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave: boca completa, después de evaluación bucal	**$39**
D4355	Desbridamiento bucal completo para permitir una evaluación y diagnóstico completos	**$77**
D4381	Administración local de agentes quimioterapéuticos	**$90**
D4910	Mantenimiento periodontal	**$66**
Protésicos: extraíbles		
D5110	Dentadura postiza completa, maxilar.	**$664**
D5120	Dentadura postiza completa: mandibular	**$664**
D5130	Dentadura postiza inmediata: maxilar	**$708**
D5140	Dentadura postiza inmediata: mandibular	**$708**
D5211	Dentadura postiza parcial maxilar: base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	**$613**
D5212	Dentadura postiza parcial mandibular: base de resina (incluye cualquier soporte, diente y gancho convencional)	**$613**
D5213	Dentadura postiza parcial maxilar: molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye cualquier soporte, gancho y diente convencional)	**$722**
D5214	Dentadura postiza parcial mandibular: molde metálico con bases de resina para dentadura postiza (incluye cualquier soporte, gancho y diente convencional)	**$722**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D5221	Dentadura postiza parcial inmediata, maxilar	**$613**
D5222	Dentadura postiza parcial inmediata, mandibular	**$613**
D5223	Dentadura postiza parcial inmediata, maxilar	**$722**
D5224	Dentadura postiza parcial inmediata, mandibular	**$722**
D5225	Dentadura postiza maxilar parcial	**$722**
D5226	Dentadura postiza parcial mandibular	**$722**
D5281	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: molde de metal de una pieza (incluye ganchos y dientes)	**$397**
D5282	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: molde metálico de una pieza, maxilar	**$397**
D5283	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: molde de metal de una pieza, mandibular	**$397**
D5284	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: base flexible de una pieza, (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	**$397**
D5286	Dentadura postiza parcial unilateral extraíble: resina de una pieza, (incluye ganchos y dientes), por cuadrante	**$397**
D5410	Ajuste de dentadura postiza completa: maxilar	**$35**
D5411	Ajuste de dentadura postiza completa: mandibular	**$35**
D5421	Ajuste de dentadura postiza parcial: maxilar	**$35**
D5422	Ajuste de dentadura postiza parcial: mandibular	**$35**
D5511	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada: mandibular	**$84**
D5512	Arreglo de base de dentadura postiza completa fracturada: maxilar	**$84**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D5520	Reemplazo de dientes rotos o faltantes, dentadura postiza completa (cada diente)	**$84**
D5611	Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial: mandibular	**$84**
D5612	Reparación de la resina de base de dentadura postiza parcial: maxilar	**$84**
D5621	Reparación parcial del molde: mandibular	**$84**
D5622	Reparación parcial del molde: maxilar	**$84**
D5630	Arreglo o reemplazo de gancho quebrado	**$112**
D5640	Reemplazo de dientes rotos: por diente	**$84**
D5650	Agregado de un diente a una dentadura postiza parcial existente	**$84**
D5660	Adición de ganchos a dentadura postiza parcial existente	**$112**
D5670	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (maxilar)	**$263**
D5671	Reemplazo de todos los dientes y acrílicos en molde de metal (mandibular)	**$263**
D5710	Rebasado de dentadura postiza completa maxilar	**$253**
D5711	Rebasado de dentadura postiza completa mandibular	**$253**
D5720	Rebasado de dentadura postiza parcial maxilar	**$253**
D5721	Rebasado de dentadura postiza parcial mandibular	**$253**
D5730	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (directa)	**$152**
D5731	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (directa)	**$152**
D5740	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (directa)	**$152**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D5741	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (directa)	**$152**
D5750	Recapado de dentadura postiza maxilar completa (indirecta)	**$214**
D5751	Recapado de dentadura postiza mandibular completa (indirecta)	**$214**
D5760	Recapado de dentadura postiza maxilar parcial (indirecta)	**$214**
D5761	Recapado de dentadura postiza mandibular parcial (indirecta)	**$214**
D5810	Dentadura postiza completa temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes); maxilar	**$333**
D5811	Dentadura postiza completa temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes); mandibular	**$333**
D5820	Dentadura postiza parcial temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes); maxilar	**$333**
D5821	Dentadura postiza parcial temporal (incluye materiales para retener o sujetar, ganchos y dientes); mandibular	**$333**
D5850	Acondicionamiento de tejido, maxilar	**$75**
D5851	Acondicionamiento de tejido, mandibular	**$75**
Protésicos: fijos		
D6000-D6199	**Todos los servicios de implantes: 15% de descuento** **(incluye D0360 a D0363 imágenes de haz cónico con implantes)**	
D6081	Alisado y desbridamiento con inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción y cierre del colgajo	**$57**
D6210	Póntico: molde con alto contenido de metal noble	**$481**
D6211	Póntico: molde con metal base principalmente	**$481**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D6212	Póntico: molde con metal noble	**$481**
D6240	Póntico: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	**$495**
D6241	Póntico: porcelana fundida con metal base principalmente	**$495**
D6242	Póntico: porcelana fundida con metal noble	**$495**
D6243	Póntico: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	**$495**
D6245	Póntico: porcelana/cerámica	**$531**
D6250	Póntico: resina con alto contenido de metal noble	**$470**
D6251	Póntico: resina con metal base principalmente	**$470**
D6252	Póntico: resina con metal noble	**$470**
D6545	Retenedor: molde de metal para prótesis fija unida con resina	**$233**
D6548	Retenedor: de porcelana/cerámica para prótesis fija unida con resina	**$364**
D6549	Retenedor de resina, para prótesis fija unida con resina	**$233**
D6600	Incrustación de retenedor: porcelana/cerámica, dos superficies	**$410**
D6601	Incrustación de retenedor: porcelana/cerámica, 3 o más superficies	**$427**
D6602	Incrustación de retenedor: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	**$390**
D6603	Incrustación de retenedor: molde con alto contenido de metal noble, tres o más superficies	**$407**
D6604	Incrustación de retenedor: molde con metal base principalmente, dos superficies	**$390**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D6605	Incrustación de retenedor: molde con metal base principalmente, tres o más superficies	**$407**
D6606	Incrustación de retenedor: molde con metal noble, dos superficies	**$390**
D6607	Incrustación de retenedor: molde con metal noble, tres o más superficies	**$407**
D6608	Recubrimiento de retenedor, porcelana/cerámica, dos superficies	**$439**
D6609	Recubrimiento de retenedor: porcelana/cerámica, tres o más superficies	**$459**
D6610	Recubrimiento de retenedor: molde con alto contenido de metal noble, dos superficies	**$423**
D6611	Recubrimiento de retenedor, molde con alto contenido de metal noble, 3 o más superficies	**$511**
D6612	Recubrimiento de retenedor: molde con metal base principalmente, dos superficies	**$423**
D6613	Recubrimiento de retenedor: molde con metal base principalmente, tres o más superficies	**$511**
D6614	Recubrimiento de retenedor: molde con metal noble, dos superficies	**$423**
D6615	Recubrimiento de retenedor, molde con metal noble, 3 o más superficies	**$511**
D6720	Corona de retención: resina con alto contenido de metal noble	**$470**
D6721	Corona de retención: resina con metal base principalmente	**$470**
D6722	Corona de retención: resina con metal noble	**$470**
D6740	Corona de retención, porcelana/cerámica	**$531**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D6750	Corona de retención: porcelana fundida con alto contenido de metal noble	**$495**
D6751	Corona de retención: porcelana fundida con metal base principalmente	**$495**
D6752	Corona de retención: porcelana fundida con metal noble	**$495**
D6753	Corona de retención: porcelana fundida con titanio y aleaciones de titanio	**$495**
D6780	Corona de retención: 3/4 de molde con alto contenido de metal noble	**$457**
D6781	Corona de retención: 3/4 de molde con metal base principalmente	**$457**
D6782	Corona de retención: 3/4 de molde con metal noble	**$457**
D6783	Corona de retención: 3/4 de porcelana/cerámica	**$469**
D6784	Corona de retención: 3/4 de titanio y aleaciones de titanio	**$495**
D6790	Corona de retención: molde completo con alto contenido de metal noble	**$481**
D6791	Corona de retención: molde completo con metal base principalmente	**$481**
D6792	Corona de retención: molde completo con metal noble	**$481**
D6794	Corona de retención: titanio y aleaciones de titanio	**$495**
D6930	Recementación o readhesión de dentadura postiza parcial fija	**$66**
D6980	Reparación de dentadura postiza parcial fija, por informe	**$157**
Cirugía oral		
D7111	Extracción de remanentes coronales: diente de leche	**$45**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D7140	Extracción, diente erupcionado o raíz expuesta (elevación y/o extirpación con fórceps)	**$63**
D7210	Extracción de un diente erupcionado que requiera elevación de un colgajo mucoperióstico y extracción de hueso o disección de un diente	**$127**
D7220	Extracción de diente traumatizado: tejido blando	**$144**
D7230	Extracción de diente traumatizado: parcialmente óseo	**$189**
D7240	Extracción de diente traumatizado: completamente óseo	**$227**
D7241	Extracción de diente traumatizado: completamente óseo, con complicaciones quirúrgicas inusuales	**$181**
D7250	Extracción de raíces dentales residuales (con incisión)	**$136**
D7251	Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente	**$181**
D7270	Reimplantación de diente o estabilización de diente erupcionado o desplazado accidentalmente	**$211**
D7280	Exposición de un diente no erupcionado	**$111**
D7291	Fibrotomía transeptal/supracrestal, por informe	**$41**
D7310	Alveoloplastia con extracciones: por cuadrante	**$135**
D7320	Alveoloplastia sin extracciones: por cuadrante	**$135**
D7510	Incisión y drenaje de abscesos – tejido intrabucal blando.	**$91**
D7922	Colocación de apósitos biológicos de alveolo dentario interno para ayudar a la hemostasis o estabilización de coágulos, por sitio	**$25**
D7961	Frenectomía labial/bucal (frenulectomía)	**$256**
D7962	Frenectomía lingual (frenulectomía)	**$256**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D7979	Sialolitotomía no quirúrgica	**$43**
Ortodoncia		
D8090	Tratamiento de ortodoncia completo de la dentición adulta	**$3,658**
D8660	Consulta previa al tratamiento de ortodoncia	**$413**
D8670	Consulta periódica para el tratamiento de ortodoncia (como parte del contrato)	**$118**
D8680	Retención de ortodoncia (extracción de aparatos, elaboración y colocación de retenedores)	**$413**
Procedimientos adicionales		
D9110	Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor de dientes: procedimiento menor	**$43**
D9210	Anestesia local separada de procedimientos operativos o quirúrgicos	**$0**
D9211	Anestesia de bloque regional	**$0**
D9212	Anestesia por bloqueo de división del trigémino	**$0**
D9215	Anestesia local	**$0**
D9219	Evaluación para sedación profunda o anestesia general	**$0**
D9222	Sedación profunda/anestesia general, primer incremento de 15 minutos	**$103**
D9223	Sedación profunda/anestesia general, cada incremento posterior de 15 minutos	**$103**
D9230	Inhalación de óxido nitroso/anestesia; analgesia	**$37**
D9239	Sedación/analgesia moderada intravenosa, primer incremento de 15 minutos	**$103**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

Código de la ADA	**Descripción de servicios dentales de Advantage Plus** (Para miembros inscritos en beneficios suplementarios opcionales)	*Lo que debe pagar
D9243	Sedación/analgesia moderada intravenosa, cada incremento posterior de 15 minutos	**$103**
D9310	Consulta (servicio de diagnóstico brindado por un dentista o médico que no sea el médico que ofrece el tratamiento)	**$43**
D9613	Infiltración de medicamento terapéutico de liberación sostenida, en uno o varios sitios	**$190**
D9910	Aplicación de medicamento para desensibilización	**$31**
D9930	Tratamiento de complicaciones (posquirúrgicas)	**$43**
D9944	Protección oclusal, dispositivo duro, arco completo	**$298**
D9945	Protección oclusal, dispositivo blando, arco completo	**$298**
D9946	Protección oclusal, dispositivo duro, arco parcial	**$298**
D9950	Análisis de oclusión: encaje de los dientes	**$81**
D9951	Ajuste oclusal: limitado	**$62**
D9952	Ajuste oclusal: completo	**$255**
D9986	Inasistencia a una cita	**$50**
D9995	Teledentista: consulta sincronizada; en tiempo real	**$20**
D9996	Teledentista: no sincronizada; información almacenada y enviada al dentista para una revisión posterior	**$20**
D9997	Administración de casos dentales: pacientes con necesidades especiales de atención médica	**$50**

†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 del gasto máximo de bolsillo.

Nota: Debe pagar un copago de $10 (D9439) cada vez que recibe atención dental además de cualquier otro costo compartido mencionado anteriormente.

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. Si un servicio está "excluido", significa que no cubrimos ese servicio.

La siguiente tabla enumera 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 pagar por ellos usted mismo. No pagaremos por los servicios médicos enumerados en la tabla a continuación, excepto en los casos determinados de la lista. La única excepción por la que pagaremos por un servicio de la siguiente tabla es cuando, a través de una apelación, se descubra que tal servicio médico debió haber sido pagado o cubierto debido a su situación específica (Para obtener información sobre cómo apelar nuestra decisión de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este folleto).

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

Aunque reciba los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos no serán cubiertos y el plan no pagará por ellos.

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Acupuntura.		√ Cubierto para el dolor crónico de la parte baja de la espalda
Atención en un centro de atención intermedia o residencial, un centro de alojamiento asistido o un hogar de acogida para adultos.	√	

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Concepción por medios artificiales, como fertilización in vitro, transferencias intrafalopianas de cigotos, trasplantes de óvulos y transferencias intrafalopianas de gametos (excepto inseminación artificial y servicios relacionados cubiertos por Medicare).	√	
Cirugía estética o procedimientos estéticos.		√ Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar la funcionalidad de un miembro del cuerpo con malformaciones. Cubierto para todas las etapas de reconstrucción del seno después de una mastectomía, así como para los procedimientos necesarios en el otro seno para lograr una apariencia simétrica.

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
La atención de custodia se proporciona en un hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se requiere atención médica o de enfermería especializadas. • La atención de custodia es atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con actividades de la vida diaria, por ejemplo, bañarse o vestirse.	√	
Servicios o procedimientos opcionales o voluntarios (incluidos la pérdida de peso, el crecimiento del cabello, el rendimiento sexual y atlético, los propósitos cosméticos, los tratamientos contra el envejecimiento y el rendimiento mental).		√ Cubiertos si son necesarios desde el punto de vista médico y están cubiertos por Original Medicare.

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Procedimientos médicos y quirúrgicos, equipos y medicamentos experimentales. • 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 el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).
Los siguientes servicios y artículos para la visión: • Plan de protección de lentes. • Productos de venta sin receta médica. • Lentes y monturas industriales o de seguridad. • Lentes y anteojos 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. • Adornos para los anteojos y lentes de contacto.	√	

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
• Artículos para la visión que no requieren receta médica por ley (que no sean armazones de anteojos o lentes de equilibrio cubiertos).		
Cargos generados por parientes directos o miembros de su hogar.	√	
Atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.	√	
Comidas con entrega a domicilio.	√	
Servicios de ama de casa que incluyen asistencia básica en el hogar, como actividades sencillas de mantenimiento de la casa o la preparación de comidas ligeras.	√	
Servicios autorizados de ambulancia sin transporte.		√ Cubiertos si la ambulancia lo transporta a usted o si está cubierto por Medicare.
Terapia de masajes,		√ Cubierto cuando se indique como parte de un programa de fisioterapia, de acuerdo con las pautas de Medicare.
Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).	√	

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Lentes intraoculares (IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, IOL para corregir la presbicia).	√	
Zapatos ortopédicos.		√ Si los zapatos forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y se incluyen en el costo del aparato ortopédico o si son para una persona con pie diabético.
Artículos personales en su habitación del hospital o de un centro de enfermería especializada, como un teléfono o una televisión.	√	
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 período 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.
Enfermería privada.	√	
Habitación privada en un hospital.		√ Cubierto cuando es necesario desde el punto de vista médico.

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Pruebas psicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés.	√	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para la visión disminuida.	√	
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 cirugía reconstructiva para corregir o reparar las anomalías en las estructuras del cuerpo provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, lesiones accidentales, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico de la red determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.
Procedimientos para revertir la esterilización y suministros anticonceptivos que no requieren receta médica.	√	
Atención quiropráctica de rutina.		√ La manipulación de la columna vertebral para corregir la subluxación está cubierta.
Cuidado rutinario de los pies.		√ Cobertura limitada según las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Pruebas de audición de rutina.	√	
Servicios que se considere que no son razonables ni necesarios según los estándares de Original Medicare.		√ Esta exclusión no aplica a los servicios o artículos que no están cubiertos por Original Medicare, pero están cubiertos por nuestro plan.
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 el hospital de VA y los costos compartidos de VA son mayores a 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 sin cobertura.		√ Cuando un servicio o un artículo no tiene cobertura, se excluyen todos los servicios o artículos relacionados con ellos, (1) excepto los que de otra 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 para revertir la infertilidad de forma voluntaria y quirúrgica.	√	
Dispositivos de soporte para los pies.		√ Calzado ortopédico o terapéutico para las personas con pie diabético.

Servicios sin cobertura de Medicare	No cubiertos en ningún caso	Cubiertos solo en circunstancias específicas
Gastos por viajes y alojamiento.		√ Podemos pagar determinados gastos que autorizaremos previamente conforme a las pautas relativas a viajes y alojamiento.

Sección 3.2 – Exclusiones dentales

- Servicios que no son necesarios para la salud dental del paciente según nuestro plan.
- La odontología cosmética, electiva o estética excepto cuando sea requerida debido a una lesión corporal accidental de los dientes naturales sanos según lo determine el administrador dental.
- Los metales nobles y preciosos. Se cobrará una tarifa adicional si se utilizan estos materiales.
- La cirugía bucal que requiera la restauración de fracturas o dislocaciones.
- Los servicios relacionados con tumores malignos, quistes o neoplasmas, malformaciones hereditarias, congénitas, de prognatismo mandibular o del desarrollo, cuando el administrador dental opine que dichos servicios no deberían realizarse en un consultorio dental.
- El tratamiento que se requiera para las condiciones causadas por un desastre importante, una epidemia, una guerra, actos de guerra (declarada o no declarada) o mientras está en servicio activo como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país.
- El reemplazo debido a la pérdida o el robo de prótesis.
- Los procedimientos que no se mencionan como beneficios cubiertos en la de este capítulo.
- Los servicios obtenidos fuera del consultorio dental en el que está inscrito y que no tengan la autorización previa de dicho consultorio, de nuestro plan o del administrador dental (excepto las emergencias dentales fuera del área cubiertas).
- Los servicios relacionados con el tratamiento del TMD (Trastorno Temporomandibular).
- Los servicios relacionados con procedimientos que son de un grado de complejidad tal que normalmente no serían realizados por un proveedor dental participante, a menos que sea referido por su dentista general a un especialista dental que proporcionará los servicios dentales cubiertos a la tarifa dental establecida por el Plan para cada procedimiento efectuado.
- La cirugía electiva, incluida, entre otras cosas, la extracción de dientes retenidos asintomáticos y no patológicos, según lo determine el administrador dental.
- El sistema Invisalign y los aparatos especializados similares no son un beneficio cubierto. Los copagos del paciente se aplicarán únicamente a la parte del aparato de ortodoncia de rutina de los servicios. Los costos adicionales en los que se incurra serán responsabilidad del paciente.

- Los servicios que sean prestados sin costo a un miembro por alguna institución federal, estatal, municipal, del condado o de otra subdivisión política (a excepción de Medicaid)
- Los servicios que no se pueden prestar debido a la salud general del paciente.
- Los procedimientos de implantación y de restauración relacionados.
- Los procedimientos relacionados con el cambio y el mantenimiento de la dimensión vertical o restauración importante de la oclusión, o para alterar la oclusión (mordida) a través del ajuste o la trituración de los dientes en toda la boca. Esto no excluye los ajustes oclusales menores en los dientes individuales para eliminar puntos altos o suavizar zonas ásperas o agudas.
- Las tarifas de laboratorio por remoción y biopsia.
- Procedimientos experimentales, implantes o regímenes farmacológicos.
- La colocación inicial o el reemplazo de puentes fijos únicamente con el propósito de lograr la estabilidad periodontal.
- Los cargos por una segunda opinión, a menos que se autoricen previamente.
- Los procedimientos que requieren restauración protésica fija, que sean necesarios para la rehabilitación o reconstrucción bucal completa.
- Los protectores oclusales, excepto para el propósito de controlar el bruxismo habitual.
- Los servicios dentales para niños menores de 19 años.
- Cualquier factura o solicitud de pago, por un servicio que el consejo regulador determine que fue proporcionado como resultado de una referencia prohibida. “Referencia prohibida” se refiere a una referencia que está prohibida conforme a la Sección 1-302 del Artículo de Profesiones Relacionadas con la Salud de Maryland.

Sección 3.3 – Limitaciones dentales

- Dos (2) evaluaciones están cubiertas por año calendario e incluyen un máximo de una (1) evaluación completa, la cual está limitada a una vez en 12 meses.
- Un (1) examen enfocado en un problema está cubierto por año calendario.
- Dos (2) limpiezas de dientes (profilaxis) están cubiertas por año calendario (se cubre una limpieza adicional durante el embarazo y para pacientes diabéticos).
- Una (1) aplicación tópica de flúor o barniz de flúor está cubierta por año calendario.
- Dos (2) juegos de radiografías de mordida están cubiertas por año calendario.
- Un (1) juego de radiografías de toda la boca o película panorámica está cubierto cada tres (3) años.
- El reemplazo de un empaste está cubierto si han pasado más de dos (2) años desde la fecha de la colocación original.
- El reemplazo de un puente, corona o dentadura postiza está cubierto si han pasado más de siete (7) años desde la fecha original de la colocación.
- Los cargos por coronas y puentes se aplican al tratamiento que involucra cinco o menos unidades cuando se presentan en un único plan de tratamiento. Las unidades adicionales de coronas y puentes, comenzando con la sexta unidad, están disponibles al cargo Usual, Costumario y Razonable (UCR) del proveedor, menos el 25%.

- Los revestimientos y el rebasado de dentaduras postizas están cubiertos una vez cada 24 meses.
- La repetición del tratamiento de endodoncia está cubierta si han pasado más de dos (2) años desde la fecha original del tratamiento.
- El alisado o raspado radicular está cubierto una vez cada 24 meses por cuadrante.
- Limpieza de sarro en presencia de inflamación gingival moderada o grave generalizada: boca completa, después de la evaluación bucal y en lugar de una D1110 cubierta, limitada a una vez cada dos años.
- Alisado y desbridamiento con inflamación o mucositis de un solo implante, incluida la limpieza de las superficies del implante, sin inserción y cierre del colgajo.
- El desbridamiento de toda la boca está cubierto una vez de por vida.
- El Código de Procedimiento D4381 se limita a un (1) beneficio por diente para tres dientes por cuadrante o para un total de 12 dientes para los cuatro cuadrantes, cada doce (12) meses. Debe tener bolsas con una profundidad de cinco (5) milímetros o más.
- La cirugía periodontal de cualquier tipo, incluido cualquier material asociado, se cubre una vez cada 36 meses por cuadrante o sitio quirúrgico.
- El mantenimiento periodontal después de la terapia activa se cubre dos veces por año calendario, en un plazo de 24 meses después de la terapia periodontal definitiva.
- Coronectomía: extracción parcial intencional de un diente, una vez de por vida.
- Teledentista: sincronizada (D9995) o no sincronizada (D9996), limitada a dos por año calendario.

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

Sección 1 — Introducción 168
Sección 1.1 – En este capítulo, se describe la cobertura de medicamentos de la Parte D 168
Sección 1.2 – Reglas básicas de la cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan 169

Sección 2 — Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través de nuestro servicio de pedidos por correo 169
Sección 2.1 – Use una farmacia de la red para que la receta médica esté cubierta 169
Sección 2.2 – Cómo encontrar farmacias de la red 170
Sección 2.3 – Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo 171
Sección 2.4 – ¿Cómo puede obtener un suministro a largo plazo de medicamentos? 172
Sección 2.5 – ¿Cuándo puede usar una farmacia que está fuera de nuestra red? 172

Sección 3 — Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos” 173
Sección 3.1 – La “Lista de Medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos 173
Sección 3.2 – Son seis los “niveles de costo compartido” de los medicamentos incluidos en nuestra Lista de Medicamentos 174
Sección 3.3 – ¿Cómo averiguar si un medicamento específico está incluido en nuestra Lista de Medicamentos? 175

Sección 4 — Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura 175
Sección 4.1 – ¿Por qué se aplican restricciones a algunos medicamentos? 175
Sección 4.2 – ¿Qué tipos de restricciones? 175
Sección 4.3 – ¿Se aplica alguna de las restricciones mencionadas a sus medicamentos? 176

Sección 5 — ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto como desearía que lo estuviera? 176
Sección 5.1 – Hay ciertas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto como a usted le gustaría 176
Sección 5.2 – ¿Qué puede hacer si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si está restringido de alguna manera? 177
Sección 5.3 – ¿Qué puede hacer si su medicamento pertenece a un nivel de costo compartido que considera excesivamente alto? 179

Sección 6 — ¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos? ... 180
Sección 6.1 – La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año ... 180
Sección 6.2 – ¿Qué sucede si cambia la cobertura de un medicamento que está usando? ... 180

Sección 7 — ¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan? ... 182
Sección 7.1 – Tipos de medicamentos que no cubrimos ... 182

Sección 8 — Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta médica ... 183
Sección 8.1 – Presente su tarjeta de membresía ... 183
Sección 8.2 – ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía? ... 183

Sección 9 — Cobertura de medicamentos de la Parte D en circunstancias especiales ... 183
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? ... 183
Sección 9.2 – ¿Qué sucede si reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC)? ... 184
Sección 9.3 – ¿Qué sucede si también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal de un empleador o de jubilados? ... 184
Sección 9.4 – ¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare? ... 185

Sección 10 — Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración ... 185
Sección 10.1 – Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos de forma segura ... 185
Sección 10.2 – Programa de manejo de medicamentos (Drug Management Program, DMP) para ayudar a que los miembros consuman sus medicamentos opioides de forma segura ... 186
Sección 10.3 – Programa de Administración del Tratamiento con Medicamentos (Medication Therapy Management, MTM para ayudar a los miembros en el manejo de sus medicamentos) ... 187

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen "Beneficio Adicional" y, para los residentes de Maryland, los programas State Pharmaceutical Assistance Program. Consulte el Capítulo 2, Sección 7 para obtener más información.

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos actualmente?

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 pagar sus medicamentos recetados**" (también conocida como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Sección 1 — Introducción

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

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

Además de la cobertura de medicamentos de la Parte D, cubrimos algunos medicamentos con los beneficios médicos de nuestro plan. Con nuestra cobertura de beneficios de Medicare Parte A, en general cubrimos los medicamentos que recibe durante la estadía en un hospital o centro de enfermería especializada. Mediante la cobertura de los beneficios de Medicare Parte B, cubrimos determinados medicamentos para quimioterapia, ciertas inyecciones aplicadas durante una visita al consultorio médico y los medicamentos administrados en un centro de diálisis. El Capítulo 4, "Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)", le informa sobre los beneficios y costos de los medicamentos administrados durante estadías cubiertas en hospitales o centros de enfermería especializada y los beneficios y costos de los medicamentos de la Parte B.

Sus medicamentos pueden tener la cobertura de Original Medicare si usted se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Solo cubrimos los servicios y medicamentos de Medicare Parte A, B y D que no se asocien con su pronóstico terminal y condiciones relacionadas. Por consiguiente, estos no están cubiertos por los beneficios de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 de este capítulo, "¿Qué ocurre si está en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare?" Para obtener información sobre la cobertura de cuidados paliativos, consulte la sección de cuidados paliativos del Capítulo 4, "Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)".

Las siguientes secciones tratan la cobertura de sus medicamentos según las reglas de beneficios de la Parte D de nuestro plan. La Sección 9 de este capítulo, "Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales", se incluye más información sobre su cobertura de la Parte D y Original Medicare.

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

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

- Un proveedor (un médico, un dentista u otro profesional que receta) debe hacerle la receta médica.
- El profesional que receta debe aceptar Medicare o enviar documentación a los CMS en la que demuestre que está calificado para extender recetas médicas; de lo contrario, su reclamación de la Parte D será denegada. La próxima vez que hable por teléfono o visite a la persona que le hace la receta médica debe preguntarle si cumple con este requisito. Si no lo hace, tenga en cuenta que a esta persona le llevará un tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.
- Por lo general, usted debe usar una farmacia de la red para surtir sus medicamentos recetados. (Consulte la Sección 2 de este capítulo, "Surta sus recetas médicas en una farmacia de la red o por medio del servicio de pedido por correo de nuestro plan").
- Su medicamento debe estar en la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022** (también conocida como "Lista de Medicamentos"). (Consulte la Sección 3 de este capítulo, "Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra Lista de Medicamentos").
- El medicamento debe utilizarse según una indicación aceptada desde el punto de vista médico. Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

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

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para suministrarle sus medicamentos recetados cubiertos. La frase "medicamentos cubiertos" se refiere a los medicamentos recetados de la Parte D que tienen cobertura de acuerdo con la Lista de Medicamentos de nuestro plan. Nuestra red incluye farmacias que ofrecen costos compartidos estándar y farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos. Puede acudir a cualquier tipo de farmacia de la red para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos compartidos podrían ser menores en las farmacias que ofrecen costos compartidos preferidos.

Sección 2.2 – Cómo encontrar farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su **Directorio de Farmacias**, visitar nuestro sitio web (**kp.org/directory**) o llamar al Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). Puede ir a cualquiera de las farmacias de de la red. Sin embargo, los costos de sus medicamentos cubiertos podrían ser aún menores si utiliza una farmacia de la red que ofrece costos compartidos preferidos en lugar de una farmacia de la red que ofrece costos compartidos estándar. El **Directorio de Farmacias** le indicará cuáles de las farmacias de la red ofrecen costos compartidos preferidos. Puede obtener más información sobre cómo podrían ser diferentes sus gastos de bolsillo para diferentes medicamentos comunicándose con nosotros. Si cambia de una farmacia de la red a otra, y necesita volver a surtir un medicamento que está tomando, puede pedir que un proveedor le escriba una receta nueva o que le transfieran la receta médica a su nueva farmacia de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red de nuestro plan, usted tendrá que buscar una nueva farmacia que pertenezca a la red. O si la farmacia que ha estado usando permanece dentro de la red, pero ya no ofrece costos compartidos preferidos, se recomienda que cambie a una farmacia diferente. Para encontrar otra farmacia de la red en su área, puede llamar al Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o consultar el **Directorio de Farmacias**. Esta información también aparece en nuestro sitio web en **kp.org/directory**.

¿Qué debe hacer si necesita una farmacia especializada?

En algunas ocasiones, las 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 un hogar para ancianos) tienen su propia farmacia. 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, que generalmente es el tipo de farmacia que usan los centros de LTC. Si tiene problemas para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicio a los Miembros.
- Farmacias que atienden a Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (no disponibles 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 la red. Las farmacias I/T/U deben estar dentro de nuestra área de servicio.
- Las farmacias que venden medicamentos que están restringidos a lugares específicos por la FDA o que requieren un manejo especial, coordinación de los proveedores o una explicación de su modo de uso. **Nota: Esta situación debe ser infrecuente.**

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

Sección 2.3 – Cómo usar nuestros servicios de pedidos por correo

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

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

Para obtener información sobre cómo completar su receta por correo, llame a la farmacia de Kaiser Permanente al **703-466-4900** o al **18007336345** de lunes a viernes, de 7 a. m. a 6 p. m. y los sábados, de 8:30 a. m. a 4 p. m. (TTY 711). Usted puede, de manera conveniente, ordenar que le surtan sus recetas de las siguientes maneras:

- Regístrese y haga su pedido en línea de forma segura en **kp.org/refill**.
- Llame a la línea de EZ Refill al **18662999415**, 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 los 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, 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 receta de nuestra farmacia de pedidos por correo, puede obtener un suministro urgente llamando a la farmacia minorista preferida de su red local que figura en su **Directorio de Farmacias** o en **kp.org/directory**. Tenga en cuenta que es posible que pague más si obtiene un suministro de 90 días por medio de una farmacia minorista de la red y no por medio de nuestra farmacia de pedidos por correo preferida.

Resurtido por correo de medicamentos recetados. Para volver a surtir, póngase en contacto con su farmacia al menos 5 días antes de que piense que los medicamentos que tiene a mano se van a agotar para asegurarse de que su próximo pedido le sea enviado a tiempo.

Para que la farmacia pueda comunicarse con usted para confirmar su pedido antes del envío, asegúrese de informarle sus medios preferidos de contacto. Cuando haga su pedido, proporcione su información de contacto actual por si necesitamos comunicarnos con usted.

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 sus 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 los que se toman de manera regular para tratar una enfermedad crónica o de largo plazo. Puede solicitar este suministro mediante orden por correo (consulte la Sección 2.3 de este capítulo) o puede dirigirse a una farmacia minorista.

- 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 la red ofrecen la opción de recibir un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento, consulte el **Directorio de Farmacias**. También puede llamar a Servicios a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- Para obtener determinados medicamentos, puede utilizar el servicio de venta por correo de nuestro plan. Los medicamentos disponibles mediante el servicio de venta por correo están catalogados como medicamentos "de venta por correo" en la Lista de medicamentos. Nuestro servicio de pedidos por correo le permite pedir un suministro hasta para 90 días. Consulte la Sección 2.3 de este capítulo para obtener más información sobre el uso de nuestros servicios de pedido por correo.

Sección 2.5 – ¿Cuándo puede usar una farmacia que está fuera de nuestra red?

En ciertas circunstancias, su receta médica podría tener cobertura

En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias que no pertenecen a la red solo cuando no es posible usar una farmacia de la red. Si no puede usar una farmacia de la red, cubriríamos los medicamentos recetados surtidos en una farmacia que no pertenece a 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 médicas en una farmacia que no pertenece a la red solo en circunstancias limitadas y poco frecuentes, y de acuerdo con las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.
- Si necesita un medicamento recetado de Medicare Parte D junto con atención de emergencia fuera de la red o atención de urgencia fuera del área de servicio, cubriremos un suministro para hasta 30 días por parte de una farmacia que no pertenece a 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 período 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 a tiempo dentro de nuestra área de servicio, porque no hay farmacias de la red a una distancia razonable en automóvil que estén abiertas 24 horas al día. 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 de la red o a través del servicio de venta por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
- Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia de la red durante un desastre.

En cualquiera de estos casos, llame primero a Servicio a los Miembros, para averiguar si hay una farmacia de la red en el área. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto. 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.

¿Cómo solicitar un reembolso?

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

Sección 3 — Sus medicamentos deben estar incluidos en nuestra “Lista de Medicamentos”

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

Nuestro plan tiene una **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022**. En este folleto de **Evidencia de Cobertura,** la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar.

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

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

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

- Fue aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos. (es decir, la Administración de Alimentos y Fármacos aprobó el medicamento para el diagnóstico o la enfermedad para los 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 Recetados Disponibles para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca y medicamentos genéricos

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

¿Qué no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos?

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos recetados.

En ciertos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra determinados tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).

En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 3.2 – 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 usted 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 de marca no preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos genéricos).
- **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 nuestra 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 tres formas de averiguarlo:

- Revise la Lista de Medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica en nuestro sitio web.
- Visite nuestro sitio web **(kp.org/seniorrx)**. Nuestra Lista de Medicamentos (**Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022**) 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 2022**) o para solicitar una copia de la lista. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Sección 4 — Algunos medicamentos tienen restricciones de cobertura

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

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

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

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si desea que no apliquemos alguna restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisiones sobre la cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar su solicitud (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

Por favor tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos (**Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022**). El motivo de ello es que pueden corresponder diferentes restricciones o costos compartidos de acuerdo con factores tales como la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento recetado por su Proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg; uno al día en comparación con dos al día; comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 – ¿Qué tipos de restricciones?

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

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

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

Cómo obtener la aprobación previa del plan

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

Sección 4.3 – ¿Se aplica alguna de las restricciones mencionadas a sus medicamentos?

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

Si existe una restricción para un medicamento, en general, significa que usted o el proveedor tendrán que seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Si el medicamento que desea tomar tiene alguna restricción, debe comunicarse con Servicio a los Miembros para averiguar qué necesitan hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura para ese medicamento. Si desea que no apliquemos alguna restricción en su caso, deberá seguir el proceso de decisiones sobre la cobertura y solicitar que hagamos una excepción. Podemos aceptar o rechazar su solicitud (Consulte el Capítulo 9, Sección 6.2, para obtener información sobre cómo solicitar excepciones).

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

Esperamos que su cobertura de medicamentos le funcione bien. Sin embargo, es posible que haya un medicamento recetado que esté tomando actualmente o uno que usted y el proveedor

piensen que debería estar tomando y que no se encuentre en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o que se le apliquen restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en lo absoluto o 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.
- ¿Qué pasa si el medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura para ese medicamento? Como se explica en la Sección 4 de este capítulo, se aplican ciertas reglas extra que restringen el uso de ciertos medicamentos cubiertos. En algunos casos, es posible que quiera que eliminemos alguna restricción para usted.
- 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. Nuestro plan clasifica todos los medicamentos cubiertos en seis niveles de costo compartido. Lo que usted paga por su medicamento recetado depende en parte del nivel de costo compartido en el que está el medicamento.
- Si un medicamento no tiene la cobertura que usted desea que tuviera, puede hacer algo al respecto. Las opciones disponibles dependen del tipo de problema que tenga:
  - Si su medicamento no está incluido en la Lista de Medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 de este capítulo 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 de este capítulo para saber qué puede hacer al respecto.

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

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

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

Puede obtener un suministro provisional

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

Para ser elegible para recibir un suministro provisional, debe cumplir los siguientes dos requisitos:

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

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

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

- **Para aquellos miembros que son nuevos o que estuvieron en nuestro plan el año pasado:** C**ubriremos** un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan si es un miembro nuevo, y durante los primeros 90 días del año calendario si ya estaba en el plan el año previo. Este suministro provisional será para un máximo de 30 días. Si se indica una receta por menos días, permitiremos varias recetas con un suministro máximo para 30 días. Debe surtir la receta médica en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo podría proporcionarle el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar el desperdicio).
- **En el caso de miembros que han estado en nuestro plan durante más de 90 días, viven en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesitan un suministro inmediato:** Cubriremos un suministro de 31 días de un medicamento en particular, o de menos días si así lo indica la receta médica. Este suministro es adicional al suministro temporal 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.

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

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

Puede cambiar de medicamento

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

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarnos que hagamos una excepción y cubramos el medicamento como le gustaría a usted. Si su proveedor señala que existe un motivo médico que justifique la petición de una excepción, 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 nuestra 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 el Capítulo 9, Sección 6.4, encontrarán información al respecto. En ella se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea atendida de manera justa y oportuna.

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, el primer paso es hablar con su proveedor. Quizás haya otro medicamento en un nivel más bajo de costo compartido que le ofrezca los mismos beneficios. Puede llamar a Servicio a los Miembros y solicitar una lista de los medicamentos cubiertos 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. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.

Puede solicitarnos que hagamos una excepción

Usted y su proveedor pueden 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 el Capítulo 9, Sección 6.4, encontrarán información al respecto. En ella se explican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud sea atendida de manera justa y oportuna.

Los medicamentos incluidos en el nivel de especialidad (Nivel 5) no reúnen los requisitos 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 – La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

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

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

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

Información sobre los cambios de cobertura de medicamentos

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

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

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

- Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos restricciones nuevas al medicamento de marca o ambas opciones).
    - ♦ Es probable que quitemos de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazaremos con una versión genérica aprobada recientemente del mismo medicamento que aparecerá con un nivel de costo compartido igual o menor y con las mismas o menos restricciones. Asimismo, cuando agreguemos el medicamento genérico nuevo, es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en la Lista de Medicamentos, pero lo moveríamos de inmediato a un nivel de costo compartido más alto o añadiríamos nuevas restricciones, o ambas cosas.

- ♦ Es posible que no le avisemos antes de hacer el cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca.
- ♦ Usted o quien lo recete pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento de marca. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)".
- ♦ Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hagamos. Esto también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.

- Los medicamentos peligrosos y otros medicamentos en la Lista de Medicamentos que sean retirados del mercado.
  - ♦ De vez en cuando, es posible que un medicamento se retire repentinamente del mercado porque se descubre que es peligroso o por otra razón. Si esto sucede, quitaremos el medicamento inmediatamente de nuestra Lista de Medicamentos Si está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato sobre el cambio.
  - ♦ El médico que le receta el medicamento también estará al tanto del cambio y lo ayudará a buscar otro medicamento para su condición médica.
- Otros cambios a los medicamentos de la Lista de Medicamentos.
  - ♦ Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que recibe, una vez que el año comience. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico, que no es nuevo en el mercado, para reemplazar un medicamento de marca o cambiar el nivel de costo compartido o agregar restricciones nuevas al medicamento de marca, o ambas cosas. También podemos hacer cambios con base en los recuadros de advertencia de la FDA o en pautas clínicas nuevas reconocidas por Medicare. Debemos darle un aviso del cambio al menos con 30 días de anticipación o darle aviso del cambio y volver a surtir el medicamento que está tomando para 30 días en una farmacia de la red.
  - ♦ Después de que reciba el aviso del cambio, debe hablar con quien lo recetó para determinar si comenzará a usar otro medicamento cubierto.
  - ♦ O usted o quien lo recetó pueden solicitarnos que hagamos una excepción y que continuemos dándole cobertura para el medicamento en cuestión. Para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)".

Cambios a medicamentos de la Lista de Medicamentos que no afectarán a las personas que estén tomándolos actualmente

En el caso de los cambios a la Lista de Medicamentos que no se mencionaron anteriormente, si toma el medicamento en la actualidad, los siguientes cambios no lo afectarán sino hasta el 1 de enero del próximo año, si se queda en el plan:

- Se cambia el medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Se aplica una restricción nueva al uso del medicamento.
- Si quitamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios aplica para un medicamento que usted toma (pero no debido a que se retiró del mercado, a que un medicamento genérico reemplazó a uno de marca o a otro cambio que se haya mencionado en la sección anterior), ninguno afectará el modo de uso ni la parte del costo que usted paga sino hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en los pagos ni restricciones adicionales en el uso del medicamento. Este año no recibirá un aviso directo sobre los cambios que no lo afecten. Sin embargo, a partir del 1 de enero del próximo año, los cambios lo afectarán, y es importante que revise la Lista de Medicamentos en el nuevo año de beneficios para consultar cualquier cambio en los medicamentos.

Sección 7 — ¿Qué tipos de medicamentos no cubre nuestro plan?

Sección 7.1 – Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

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

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no incluye los medicamentos que tienen cobertura de Medicare Parte A o Parte B.
- Nuestro plan no cubre los medicamentos que se compran fuera de Estados Unidos y sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no cubre un uso no indicado. El "uso no indicado" es todo uso del medicamento distinto de los que se especifican en su etiqueta como la aprobó la Administración de Alimentos y Medicamentos.
    - ♦ En general, la cobertura para "uso no indicado" se permite solo cuando el uso es respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre Medicamentos del Servicio de la Lista de Medicamentos Recetados Disponibles de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX. Si el uso no está respaldado por alguna de estas referencias, nuestro plan no puede cubrir el "uso no indicado".

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

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

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

Si usted recibe "Beneficio Adicional" para pagar sus medicamentos, es posible que el programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos recetados que, en general, no cubren los planes 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 números de teléfono e información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

Sección 8 — Presente su tarjeta de membresía del plan al surtir una receta médica

Sección 8.1 – Presente su tarjeta de membresía

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

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

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

Si el farmacéutico no logra obtener la información que necesita, es posible que 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 el Capítulo 7, Sección 2.1, para obtener información sobre cómo solicitarnos un reembolso.

Sección 9 — Cobertura de 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 lo admiten con cobertura del plan a un hospital o a un centro de enfermería especializada, en general, cubriremos el costo de los medicamentos recetados que reciba durante la estadía. Una vez que reciba el alta del hospital o de las instalaciones de enfermería especializada, proporcionaremos cobertura para sus medicamentos siempre y cuando se cumplan todas las reglas de cobertura. Vea más información sobre las reglas para obtener la cobertura de medicamentos en las partes anteriores de esta sección. El Capítulo 6 ("Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D") le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar por ellos.

Nota: Durante su admisión, período de residencia y alta de un centro de enfermería especializada, tiene el derecho a usar un período de inscripción especial, Durante este período, puede cambiar de plan o modificar su cobertura (El Capítulo 10, "Finalización de su membresía en nuestro plan", contiene información sobre cuándo puede abandonar nuestro plan y unirse a otro plan de Medicare).

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

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

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

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

Si necesita un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos o que está sujeto a algún tipo de restricción, ofrecemos cobertura para un suministro provisional del medicamento durante los primeros 90 días de su membresía. El suministro total será para 31 días como máximo o para menos días si así se indica en la receta médica. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo [LTC] puede proporcionar el medicamento en cantidades menores para evitar que se desperdicie).

Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días y necesita un medicamento que no está incluido en la Lista de Medicamentos o que está restringido, cubriremos un suministro para 31 días o para menos días si así se indica en la receta médica.

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

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

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

Aviso especial acerca de la "cobertura acreditada"

Cada año, el grupo de empleadores o jubilados debe enviarle una notificación en la que le indique si su cobertura de medicamentos recetados para el año calendario siguiente es "acreditada" y cuáles son sus opciones de cobertura de medicamentos.

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

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

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

Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas o el dolor, un laxante o un ansiolítico que no cubre el centro porque no está relacionado con su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del médico o del proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan lo cubra. Para evitar demoras al recibir los medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien le hace la receta que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida a la farmacia que le surta 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. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para que se verifique su cancelación o el alta. Consulte los apartados anteriores de este capítulo para conocer las reglas de cobertura de medicamentos según la Parte D. El Capítulo 6, "Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D", le brinda más información acerca de la cobertura de medicamentos y lo que debe pagar por ellos.

Sección 10 — Programas sobre la seguridad de los medicamentos y su administración

Sección 10.1 – Programas para ayudar a que los miembros usen los medicamentos de forma segura

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

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

- Posibles errores en los medicamentos.
- Medicamentos que podrían ser innecesarios porque ya recibe otro medicamento para tratar la misma condición médica.
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados a causa de su edad o sexo.
- Ciertas combinaciones de medicamentos que pueden resultar dañinas.
- Recetas para medicamentos con componentes que pueden provocarle una reacción alérgica.
- Posibles errores en la dosis de un medicamento que recibe.
- 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 (Drug Management Program, DMP) para ayudar a que los miembros consuman sus medicamentos opioides de forma segura

Contamos con un programa que puede ayudar a garantizar que nuestros miembros tomen de forma segura sus medicamentos opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa frecuentemente. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si consume medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias o si tuvo una sobredosis de opioides reciente, podemos hablar con sus médicos para garantizar que su uso de medicamentos opioides es adecuado y necesario desde el punto de vista médico. Al trabajar con sus médicos, si decidimos que usted está en riego de consumir de forma incorrecta o de abusar de sus medicamentos opioides o benzodiazepinas, podemos limitar el modo en que obtiene dichos medicamentos. Las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas en determinadas farmacias.
- Exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de determinados médicos.
- Limitar la cantidad de medicamentos opiáceos o benzodiacepinas que le cubriremos.

Si consideramos que una o más de estas limitaciones se aplican a usted, le enviaremos una carta con anticipación. La carta tendrá información que explique las limitaciones que consideremos que se aplican a usted. También tendrá la oportunidad de decirnos cuáles médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que cometimos un error o si no está de acuerdo con nuestra determinación de que está en riesgo de mal uso de los medicamentos recetados, o con limitación, usted y el profesional que le expide recetas tienen derecho a solicitar una apelación. Si usted elige presentar una apelación, revisaremos su caso y tomaremos una decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos,

automáticamente enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

Es posible que el DMP no se aplique para usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer 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 (Medication Therapy Management, 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.

Este programa es voluntario y sin costo para los miembros. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló este programa para nosotros. Este programa puede ayudar a garantizar que nuestros miembros obtengan el mayor beneficio de los medicamentos que toman.

Nuestro programa se llama Administración de Tratamiento con Medicamentos (MTM). Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen altos 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 Administración del Tratamiento con Medicamentos (MTM). Un farmacéutico u otro profesional de la salud hará una revisión general de todos sus medicamentos. Usted puede hablar sobre la mejor manera de tomar los medicamentos, los costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus recetas médicas y medicamentos de venta libre. Se le enviará un resumen escrito de esta revisión. El resumen contiene un plan de acción respecto de los medicamentos que recomienda lo que puede hacer para administrar mejor sus medicamentos, con espacios para que tome notas o escriba cualquier pregunta de seguimiento. También se le enviará una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

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

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

Sección 6.1 – Permanece en la Etapa de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de $7,050 202

Sección 6.2 – Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados 205

Sección 7 — En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos 207

Sección 7.1 – Una vez que entra en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, continuará en ella el resto del año 207

Sección 8 — Lo que paga por vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las reciba 207

Sección 8.1 – Nuestro plan puede tener una cobertura por separado de las vacunas de la Parte D en sí y del costo de la vacunacióne 207

Sección 8.2 – Le recomendamos llamar al Servicio a los Miembros antes de vacunarse 209

?

¿Sabía que hay programas que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos?

Existen programas que ayudan a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. Entre ellos, se incluyen "Beneficio Adicional" y, para los residentes de Maryland, los programas State Pharmaceutical Assistance Program. Consulte el Capítulo 2, Sección 7 para obtener más información.

¿Recibe ayuda para pagar sus medicamentos actualmente?

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 pagar sus medicamentos recetados**" (también conocida como "Cláusula de subsidio por bajos ingresos" o "Cláusula LIS"), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos. Si no ha recibido esta cláusula, llame a Servicio a los Miembros y pida la "Cláusula LIS". Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

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

Para comprender la información de pago incluida en este capítulo, usted necesita tener conocimientos básicos sobre qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir las recetas y qué reglas seguir cuando obtenga sus medicamentos cubiertos. En los siguientes materiales se explica esta información básica:

- **Nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2022.** Para evitar confusiones los llamamos "Lista de medicamentos".
  - La Lista de medicamentos le indica qué medicamentos están cubiertos para usted.
  - También informa a cuál de los seis "niveles de costo compartido" pertenece un medicamento y si hay restricciones en su cobertura para tal medicamento.
  - Si necesita una copia de la Lista de Medicamentos, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede encontrar la Lista de Medicamentos en nuestro sitio web, **kp.org/seniorrx**. La Lista de Medicamentos publicada en el sitio web siempre es la más actualizada.
- **Capítulo 5 de este folleto.** El Capítulo 5 le brinda los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados, incluidas las reglas que debe seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 también le informa qué tipos de medicamentos recetados no están cubiertos por nuestro plan.

- **Directorio de Farmacias de nuestro plan.** En la mayoría de los casos, debe usar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos cubiertos (consulte el Capítulo 5 para obtener más información). El **Directorio de farmacias** tiene una lista de las farmacias de la red de nuestro plan. En él, también se explica cuáles farmacias de la red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de un medicamento (por ejemplo, surtir una receta para 3 meses).
- Esta **Evidencia de Cobertura** describe los siguientes planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage y todos incluyen cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D:
  - ♦ Plan High DC
  - ♦ Plan High MD
  - ♦ Plan High VA
  - o Cuando esta **Evidencia de Cobertura** dice todos los planes o miembros del plan "High", se refiere a los tres planes High mencionados anteriormente.
  - ♦ Plan Standard DC
  - ♦ Plan Standard MD
  - ♦ Plan Standard VA
  - o Cuando esta **Evidencia de Cobertura** dice todos los planes o miembros del plan "Standard", se refiere a los tres planes Standard mencionados anteriormente.
  - ♦ Plan Value Balt
  - ♦ Plan Value DC
  - ♦ Plan Value MD
  - ♦ Plan Value VA
  - o Cuando esta **Evidencia de Cobertura** dice todos los planes o miembros del plan "Value", se refiere a los cuatro planes Value mencionados anteriormente.

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

Nota: Consulte el Capítulo 1, Sección 2.3, para ver el área geográfica de servicio de cada plan incluido en esta **Evidencia de Cobertura**. En lo relativo a primas, costos compartidos, inscripción y cancelación de la inscripción, son varios los planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en esta **Evidencia de Cobertura**. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, obtiene atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

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

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

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

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 de los miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage?

Como se muestra en la siguiente tabla, nuestro plan cuenta con varias "etapas de pago de medicamentos". El monto que usted pagará por un medicamento depende de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre cuando surta una receta por primera vez o cuando vuelva a hacerlo. Recuerde que usted debe pagar la prima mensual del plan siempre, independientemente de la etapa de pago de medicamentos en la que se encuentre.

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
Etapa de deducible anual Como no hay deducibles para nuestro plan, esta etapa de pago **no se aplica en su caso**.	**Etapa de Cobertura Inicial** Comienza en esta etapa de pago cuando surte su primera receta médica del año. Durante esta etapa, pagamos nuestro porcentaje del costo de sus medicamentos y usted paga el suyo. Permanece en esta etapa hasta que los "costos totales de me dicamentos" del año a la fecha (sus pagos más cualquier pago de la Parte D del plan) totalicen **$4,430**. (En la Sección 5 de este capítulo se incluyen los detalles).	**Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura** **Miembros de todos los planes High** Para los medicamentos en los **Niveles 1, 2 y 6,** usted paga el copago correspondiente a su plan, el cual se menciona en la Sección 6 de este capítulo. Para los medicamentos en los **Niveles 3, 4 y 5,** usted paga el **25 %** del precio (más una parte de la tarifa por la entrega).	**Etapa de cobertura para catástrofes** En esta etapa, pagaremos la mayor parte del costo de sus medicamentos durante el resto del año calendario (hasta el 31 de diciembre de 2022). (En la Sección 7 de este capítulo se incluyen los detalles).

Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3	Etapa 4
		Miembros de todos los demás planes Para los medicamentos de los Niveles 1 al 5, durante esta etapa, usted paga el 25 % del precio de los medicamentos de marca (más una parte de la tarifa por entrega) y el 25 % del precio de los medicamentos genéricos. Para los medicamentos del Nivel 6, usted paga $0 **Todos los miembros** Permanece en esta etapa hasta que sus "gastos de bolsillo" hasta la fecha (sus pagos) alcancen un total de **$7,050**. Este monto y las reglas para contabilizar los costos con respecto a este monto fueron establecidos por Medicare. (En la Sección 6 de este capítulo se incluyen los detalles).	

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 Explicación de Beneficios de la Parte D (la "EOB de la Parte D")

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

- Cuánto paga usted. Estos son los **"gastos de bolsillo"**.
- Llevamos un registro de sus **"costos totales de medicamentos"**. Es decir, el monto que usted gasta de su bolsillo o que terceros pagan en su nombre, además de lo que paga el plan.

El plan preparará un resumen escrito llamado **Explicación de Beneficios de la Parte D** (a veces se denomina **"EOB de la Parte D"**) cada vez que haya surtido una o más recetas médicas a través de nuestro plan durante el mes anterior. En la **EOB de la Parte D** se proporciona más información sobre los medicamentos que usted toma, tal como los aumentos de precio y otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles. Debe consultar al profesional que le expida recetas sobre estas opciones de menor costo. La EOB de la Parte D incluye:

- **La información correspondiente al 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 y cualquier cambio porcentual desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.
- **Hay recetas alternativas de menor costo que están disponibles.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido que pueden estar disponibles para cada reclamación de receta.

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

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

- **Presente su tarjeta de membresía al surtir una receta médica.** A fin de asegurarnos de estar informados de las recetas médicas que surte y de cuánto paga por ellas, acuérdese de presentar su tarjeta de membresía del plan cada vez que surta una receta médica.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** A veces, paga medicamentos recetados y no recibimos automáticamente la información que necesitamos para llevar el control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar dicho control, puede darnos copias de los recibos de los medicamentos que ha comprado (si le cobran por un medicamento cubierto, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo. Consulte instrucciones sobre cómo hacerlo en el Capítulo 7, Sección 2, de este folleto). Vea a continuación algunos ejemplos de situaciones donde se recomienda que nos entregue copias de los recibos de los medicamentos para asegurarse de que tengamos un registro completo de lo que usted gasta en la compra de medicamentos:
  - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
  - Cuando hace un copago por medicamentos que se proporcionan por medio de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por una compañía farmacéutica.
  - Cada vez que compra medicamentos cubiertos en farmacias que no pertenecen a la red o cuando se trata de una circunstancia especial en la que paga el costo total del medicamento cubierto.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han realizado en su nombre.** Los pagos hechos por ciertas personas y organizaciones también se toman en cuenta en el cálculo de los gastos de bolsillo y para entrar en la etapa de cobertura para catástrofes. Por ejemplo, los pagos hechos por un programa State Pharmaceutical Assistance Program para los residentes de Maryland, un AIDS drug assistance program (ADAP), el Indian Health Service y la mayoría de las organizaciones de beneficencia se toman en cuenta como parte de los gastos de bolsillo. Debe llevar un registro de estos pagos y enviárnoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Lea el informe escrito que le enviamos.** Al recibir por correo la **Explicación de Beneficios de la Parte D**, (una **EOB de la Parte D**) léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo en el informe o si tiene preguntas, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contratapa de este folleto). También puede elegir consultar su **EOB de la Parte D** en línea en vez de por correo. Visite **kp.org/goinggreen** e inicie sesión para informarse más sobre la elección de ver su **EOB de la Parte D** en línea de forma segura. Conserve estos informes. porque son una parte importante de su registro de gastos por medicamentos.

Sección 4 — No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Sección 4.1 – No paga un deducible por sus medicamentos de la Parte D

No hay deducible para Kaiser Permanente Medicare Advantage. Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta médica del año. Consulte la Sección 5 de este capítulo 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, nosotros pagamos nuestra parte del costo de los medicamentos recetados cubiertos y usted paga la suya (el monto de su copago o coseguro). Su porcentaje del costo variará dependiendo del 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 usted 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 de marca no preferidos (este nivel incluye algunos medicamentos genéricos).
- **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 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.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece costo compartido preferido.
- Una farmacia que no pertenece a la red del plan.
- 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 de este folleto y nuestro **Directorio de Farmacias**.

Por lo general, solo cubriremos sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red también ofrecen un costo compartido preferido. Puede ir a farmacias de la red que ofrecen costo compartido preferido o a otras farmacias de la red que ofrecen costo compartido estándar para recibir sus medicamentos recetados cubiertos. Sus costos podrían ser menores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.

Sección 5.2 – Tabla que muestra sus costos del suministro para 1 mes de un medicamento

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

- El **"copago"** se refiere a que usted paga un monto fijo cada vez que surte una receta.
- El **"coseguro"** se refiere a que usted paga un porcentaje del costo total del medicamento cada vez que surte una receta médica.

Como se muestra en la siguiente tabla, el monto del copago o del coseguro depende del nivel de costo compartido en el que se encuentre el medicamento. **Nota:**

- Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago mencionado en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el monto más bajo, ya sea el precio completo del medicamento o el monto de copago.
- Cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias que no pertenecen a la red solamente en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener información sobre cuándo cubrimos recetas surtidas en farmacias que no pertenecen a la red.

Porcentaje del costo que usted paga por un suministro de 1 mes de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)	Costo compartido de pedido por correo preferido	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
	(un suministro de hasta 30 días)			(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 – Medicamentos genéricos preferidos					
• Los planes Value VA, High VA o todos los planes Standard	**$3**	**$10**	**$3**	**$10**	**$10**

Nivel de costo compartido	**Costo compartido minorista preferido (de la red)**	**Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)**	**Costo compartido de pedido por correo preferido**	**Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)**	**Costo compartido que no pertenece a la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
	(un suministro de hasta 30 días)			(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 30 días)
• Planes Value DC, MD o Balt, o planes High DC o MD	**$5**	**$10**	**$5**	**$10**	**$10**
Nivel 2 – Medicamentos genéricos					
• Planes Standard VA, Value VA o High VA	**$12**	**$20**	**$12**	**$20**	**$20**
• Planes Standard DC o MD, High DC o MD o Value Balt, DC o MD	**$15**	**$20**	**$15**	**$20**	**$20**
Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos					
• Todos los planes Standard o Value	**$45**	**$47**	**$45**	**$47**	**$47**
• Todos los planes High	**$42**	**$47**	**$42**	**$47**	**$47**

Nivel de costo compartido	**Costo compartido minorista preferido (de la red)**	**Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)**	**Costo compartido de pedido por correo preferido**	**Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)**	**Costo compartido que no pertenece a la red** (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
	(un suministro de hasta 30 días)			(un suministro de hasta 31 días)	(un suministro de hasta 30 días)
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos					
• Todos los planes Standard o Value	**$100**	**$100**	**$100**	**$100**	**$100**
• Todos los planes High	**$80**	**$100**	**$80**	**$100**	**$100**
Nivel 5: Medicamentos especializados (todos los planes)	Coseguro de **33 %**				
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D (todos los planes)	**$0**	**$0 (**No está disponible el servicio de pedidos por correo).	No está disponible el servicio de pedidos por correo.	**$0**	**$0**

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

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

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

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

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

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

Para ciertos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro ampliado") al surtir la receta médica. Un suministro a largo plazo es un suministro para hasta 90 días (Para obtener más información sobre dónde y cómo obtener un suministro a largo plazo de un medicamento, consulte el Capítulo 5, Sección 2.4).

La siguiente tabla indica cuánto debe pagar cuando recibe un suministro a largo plazo de un medicamento (de hasta 90 días).

- **Nota:** Si su medicamento cubierto cuesta menos que el monto de copago mencionado en el cuadro, usted pagará ese precio más bajo por el medicamento. Usted paga el monto más bajo, ya sea el precio completo del medicamento o el monto de copago.

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

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista preferido (de la red)		Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)		Costo compartido de pedido por correo preferido
	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					
• Miembros de los planes Value VA, High VA o todos los planes Standard	**$6**	**$9**	**$20**	**$30**	**$0**
• Miembros de los planes Value DC, MD o Balt, o planes High DC o MD.	**$10**	**$15**	**$20**	**$30**	**$0**
Nivel 2 – Medicamentos genéricos					
• Planes Standard VA, Value VA o High VA	**$24**	**$36**	**$40**	**$60**	**$24**
• Planes Standard DC o MD, High DC o MD o Value Balt, DC o MD	**$30**	**$45**	**$40**	**$60**	**$30**
Nivel 3 – Medicamentos de marca preferidos					
• Miembros de todos los planes Standard o Value	**$90**	**$135**	**$94**	**$141**	**$90**

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista preferido (de la red)		Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)		Costo compartido de pedido por correo preferido
	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
• Miembros de todos los planes High	**$84**	**$126**	**$94**	**$141**	**$84**
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos					
• Miembros de todos los planes Standard o Value	**$200**	**$300**	**$200**	**$300**	**$200**
• Miembros de todos los planes High	**$160**	**$240**	**$200**	**$300**	**$160**
Nivel 5: Medicamentos especializados	Coseguro de **33 %**				
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D	No hay un suministro a largo plazo disponible.				

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 $4,430

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el total de sus gastos en medicamentos recetados que surte o vuelve a surtir equivalga a $**4,430**, que es el límite de esta Etapa de Cobertura Inicial.

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

- **Lo que ha pagado usted** por todos los medicamentos cubiertos que ha obtenido desde su primera compra de medicamentos del año. (Consulte la Sección 6.2 de este capítulo para obtener más información sobre la manera en la que Medicare calcula los gastos de bolsillo). Esto incluye lo siguiente:
  - El monto total que paga como el porcentaje que le corresponde del costo de los medicamentos que compra durante la Etapa de cobertura inicial.

- **Lo que nuestro plan ha pagado** como su parte del costo de sus medicamentos durante la etapa de cobertura inicial. (Si se inscribiera en otro plan de la Parte D en cualquier momento durante 2022, el monto que pagó el plan durante la Etapa de Cobertura Inicial también cuenta para sus costos totales de medicamentos).

La **Explicación de Beneficios de la Parte D** (**EOB de la Parte D**) que le enviamos le ayudará a llevar un control de lo que usted, nuestro plan y terceros gastaron en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de $**4,430** en un año.

Nosotros le avisaremos si alcanza este monto de $**4,430**. Si alcanza este monto, dejará de estar en la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Intervalo en la Cobertura.

Sección 6 — Durante el período de intervalo en la cobertura, proporcionamos alguna cobertura de medicamentos

Sección 6.1 – Permanece en la Etapa de Intervalo en la Cobertura hasta que sus gastos de bolsillo alcanzan un total de $7,050

Usted paga los copagos y el coseguro que se mencionan en la siguiente tabla hasta que sus gastos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo que ha establecido Medicare. En 2022, esa cantidad es de **$7,050**. Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **$7,050**, sale de la etapa de reducción de la cobertura y pasa a la etapa de cobertura para catástrofes.

Cuando está en la Etapa del período de Intervalo en la Cobertura, el Medicare Coverage Gap Discount Program proporciona descuentos del fabricante en los medicamentos de marca. Tanto el monto que paga usted como el monto con descuento del fabricante cuentan para sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado usted, y le permiten avanzar en el período de intervalo en la cobertura. En el caso de los medicamentos genéricos, el monto que paga cuenta para los gastos de bolsillo.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que no cuenta como gastos de su propio bolsillo. Cuando alcanza el límite de gastos de bolsillo de **$7,050**, sale de la etapa de reducción de la cobertura y pasa a la etapa de cobertura para catástrofes.

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)	Costo compartido de pedido por Correo preferido	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos*					
• Miembros del plan High VA	**$3** por un suministro hasta de 30 días, **$6** por un suministro de 31 a 60 días o **$9** por un suministro de 61 a 90 días	**$10** por un suministro hasta de 30 días, **$20** por un suministro de 31 a 60 días o **$30** por un suministro de 61 a 90 días	**$3** por un suministro hasta de 30 días o **$0** por un suministro de 31 a 90 días	**$10** por un suministro hasta de 31 días	**$10** por un suministro hasta de 30 días
• Miembros de los planes High DC o MD	**$5** por un suministro hasta de 30 días, **$10** por un suministro de 31 a 60 días o **$15** por un suministro de 61 a 90 días	**$10** por un suministro hasta de 30 días, **$20** por un suministro de 31 a 60 días o **$30** por un suministro de 61 a 90 días	**$5** por un suministro hasta de 30 días o $0 por un suministro de 31 a 90 días	**$10** por un suministro hasta de 31 días	**$10** por un suministro hasta de 30 días
• Miembros de todos los planes Standard y Value	**Coseguro del 25 %**				

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)	Costo compartido de pedido por Correo preferido	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel 2: Medicamentos genéricos*					
• Miembros del plan High VA	**$12** por un suministro hasta de 30 días, **$24** por un suministro de 31 a 60 días o **$36** por un suministro de 61 a 90 días	**$20** por un suministro hasta de 30 días, **$40** por un suministro de 31 a 60 días o **$60** por un suministro de 61 a 90 días	**$12** por un suministro hasta de 30 días o **$24** por un suministro de 31 a 90 días	**$20** por un suministro hasta de 31 días	**$20** por un suministro hasta de 30 días
• Miembros de los planes High DC o MD	**$15** por un suministro hasta de 30 días, **$30** por un suministro de 31 a 60 días o **$45** por un suministro de 61 a 90 días	**$20** por un suministro hasta de 30 días, **$40** por un suministro de 31 a 60 días o **$60** por un suministro de 61 a 90 días	**$15** por un suministro hasta de 30 días o **$30** por un suministro de 31 a 90 días	**$20** por un suministro hasta de 31 días	**$20** por un suministro hasta de 30 días
• Miembros de todos los planes Standard y Value	**Coseguro del 25 %**				

Nivel de costo compartido	Costo compartido minorista preferido (de la red)	Costo compartido minorista estándar y para pedidos por correo (de la red)	Costo compartido de pedido por Correo preferido	Costo compartido para cuidados a largo plazo (LTC)	Costo compartido que no pertenece a la red (La cobertura se limita a determinadas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles)
Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos (todos los planes)	**Coseguro del 25 %**				
Nivel 4: Medicamentos de marca no preferidos (todos los planes)	**Coseguro del 25 %**				
Nivel 5: Medicamentos especializados (todos los planes)	**Coseguro del 25 %**				
Nivel 6: Vacunas inyectables de la Parte D (todos los planes)	**$0**	**$0 (No está disponible el servicio de pedidos por correo).**	**No está disponible el servicio de pedidos por correo.**	**$0**	**$0**

*Para los medicamentos de marca del Nivel 1 y del Nivel 2, el copago se reduce por el Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare.

Sección 6.2 – Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo por medicamentos recetados

Estas son las reglas de Medicare que debemos seguir al llevar un control de los costos que usted paga de su propio bolsillo por sus medicamentos.

Estos pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo

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

- El monto que usted paga por medicamentos cuando está en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - Etapa Inicial de Cobertura.
  - La Etapa de Intervalo en la Cobertura.
- Todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es Nota:

- Si usted mismo hace estos pagos, los pagos se incluyen en los gastos que usted paga de su propio bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hace un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia para comprar medicamentos contra el SIDA, algún Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica para los residentes de Maryland calificado por Medicare o el Indian Health Service. También se incluyen los pagos que se hacen a través del programa de "Beneficio Adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de Descuento del Período de Intervalo en la Cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga la compañía farmacéutica por sus medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que paga nuestro plan por sus medicamentos genéricos.

Avance a la Etapa de Cobertura para Catástrofes:
Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya tenido gastos de bolsillo por **$7050** durante el año calendario, pasará de la Etapa de Intervalo en la cobertura a la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo

Al sumar sus gastos de bolsillo, no puede incluir ninguno de estos tipos de pagos para medicamentos recetados:

- El monto que paga por la prima mensual.
- Los medicamentos que compra fuera de 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 de cobertura para compras hechas fuera de la red del plan.
- Los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Los pagos hechos por nuestro plan por sus medicamentos genéricos o de marca, cuando usted está en la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura.

- Los pagos que hace por sus medicamentos algún plan de salud de grupo, incluidos los planes de salud contratados por empleadores.
- Los pagos por medicamentos que hacen determinados planes de seguros y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de Veteranos.
- Los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación del trabajador).

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

¿Cómo puede llevar un control de la suma de los gastos de bolsillo?

- **Le ayudaremos a hacerlo.** El resumen de la **Explicación de Beneficios de la Parte D** (**la EOB de la Parte D**) que le enviamos incluye el monto actual de los gastos de bolsillo (en la Sección 3 de este capítulo encontrará información con respecto a este informe). Cuando alcance como total de gastos de bolsillo **$7,050** en el año, en este informe se indicará que ha pasado de la etapa de reducción de la cobertura a la etapa de cobertura para catástrofes.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 de este capítulo le informa lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

Sección 7 — En la Etapa de Cobertura para Catástrofes, pagamos la mayor parte del costo de sus medicamentos

Sección 7.1 – Una vez que entra en la Etapa de Cobertura para Catástrofes, continuará en ella el resto del año

Usted califica para avanzar a la Etapa de Cobertura para Catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **$7,050** 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, pagaremos la mayoría de los costos de sus medicamentos.

Usted paga un coseguro del **5 %** para medicamentos genéricos y de marca de la Parte D y **$0** para las vacunas de la Parte D en el Nivel 6. Nosotros pagaremos el resto.

Sección 8 — Lo que paga por vacunas que cubre la Parte D depende de cómo y dónde las reciba

Sección 8.1 – Nuestro plan puede tener una cobertura por separado de las vacunas de la Parte D en sí y del costo de la vacunacióne

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

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de la vacuna en sí. La vacuna es un medicamento recetado.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de aplicarle la vacuna (Esto también se conoce como "administración" de la vacuna).

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

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

- **El tipo de vacuna** (contra cuál enfermedad es la vacuna).
  - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Puede obtener información sobre la cobertura que usted tiene de estas vacunas si consulta el Capítulo 4, "Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)".
  - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas se enumeran en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022**.
- **Dónde recibe la vacuna.**
- **Quién le administra la vacuna.** Lo que usted paga en el momento en que obtiene la vacuna de la Parte D puede variar de acuerdo con las circunstancias. Por ejemplo:
  - A veces, cuando recibe una vacuna, tendrá que pagar el costo total de la vacuna y de la vacunación. Puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo.
  - En otras ocasiones, cuando recibe o se le aplica una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo.

Para mostrar cómo funciona esto, a continuación, le presentamos tres formas comunes de obtener una vacuna de la Parte D.

- Situación 1: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia y va a la farmacia de la red a que se la apliquen. (Contar con esta opción depende de dónde viva, Algunos estados no permiten a las farmacias administrar vacunas).
  - Usted deberá pagar a la farmacia el monto de su copago por la vacuna misma.
  - Nuestro plan pagará el resto de los costos.
- Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio del médico.
  - Al momento de vacunarse debe pagar el costo total de la vacuna y de la administración.
  - Luego, puede pedirnos que paguemos el costo que nos corresponde usando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto ("Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos").
  - Se le reembolsará la cantidad que haya pagado menos su copago habitual por la vacuna (incluye su administración).
- Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se la aplican.
  - Tendrá que pagar en la farmacia el monto de su copago de la vacuna en sí.
  - Cuando su médico le suministra la inyección con la vacuna, usted paga el costo total del servicio. Puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el Capítulo 7 de este folleto.

- Se le reembolsará el monto cobrado por el médico por la administración de la vacuna.

NOTA: 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.

Sección 8.2 – Le recomendamos llamar al Servicio a los Miembros antes de vacunarse

Si bien las reglas de cobertura para las vacunas pueden ser complicadas, podemos ayudarle con lo que necesite. Le recomendamos que llame primero a Servicio a los Miembros cada vez que esté planeando vacunarse. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.

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

Capítulo 7 — 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 211

Sección 1.1 – Si paga nuestra parte del costo de sus servicios y medicamentos cubiertos, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago 211

Sección 2 — Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió 213

Sección 2.1 – Cómo y a dónde debe enviarnos su solicitud de pago 213

Sección 3 — Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no 214

Sección 3.1 – Verificaremos si deberíamos cubrir el servicio o medicamento y cuánto nos corresponde pagar 214

Sección 3.2 – Si le respondemos que no pagaremos en todo o en parte la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación 215

Sección 4 — Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias 215

Sección 4.1 – En algunos casos, debe enviarnos copias de sus recibos para ayudarnos a hacer un seguimiento de sus gastos de bolsillo por medicamentos 215

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

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

Cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, a veces debe pagar el costo total en el momento. En otras ocasiones, es posible que note que ha pagado más de lo que esperaba según las reglas de cobertura de nuestro plan. En ambos casos, puede solicitar un reembolso (que le devolvamos su dinero). Siempre que pague un porcentaje mayor del que le corresponde por medicamentos o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso.

También puede suceder que un proveedor le facture el costo total de una atención médica que le ha proporcionado. En la mayoría de los casos, en lugar de pagar la factura, debe enviárnosla. Y nosotros determinaremos si los servicios deberán cubrirse. Si decidimos que deben cubrirse, le pagaremos directamente al proveedor.

Vea a continuación ejemplos de situaciones en las que es posible que deba solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió.

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

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

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

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

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

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

Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es posible que pague el costo total de una receta médica al enterarse de que, por algún motivo, el medicamento no está cubierto

- Por ejemplo, el medicamento quizás no esté incluido en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022** 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.
- Recuerde guardar el recibo y enviarnos una copia al solicitar el reembolso. En ciertos casos, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones sobre la cobertura. Esto significa que si denegamos su solicitud de pago, puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 de este folleto, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)", contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

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

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

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar el pago. No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace nos ayudará a procesar la información más rápidamente. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago mediante:

- El envío de nuestro formulario electrónico tras completarlo en **kp.org** y la carga de la documentación de respaldo.
- Puede descargar el formulario en nuestro sitio web (**kp.org**) o solicitar que le envíen uno llamando a Servicio a los Miembros. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto. Envíe el formulario completo a la dirección de nuestro Departamento de Reclamaciones 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 Reclamaciones que se indica a continuación:
  - ♦ Una declaración con la siguiente información:
    - o Su nombre (nombre del miembro/paciente) y número de historia clínica/de salud.
    - o La fecha en la que recibió los servicios.
    - o El lugar en donde recibió los servicios.
    - o Quién prestó los servicios.
    - o 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, su historia clínica por estos servicios y su recibo si pagó por los servicios.

Envíenos por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados a esta dirección:

Kaiser Permanente
Claims Department
Región de los estados del Atlántico Medio
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

Debe presentarnos su reclamación a más tardar en 12 meses (reclamaciones médicas de la Parte C) y en no más de 36 meses (reclamaciones de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio.

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

Sección 3 — Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

Sección 3.1 – Verificaremos si 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. Si no es necesario, 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 para recibir esta atención o medicamento, pagaremos la parte del costo que nos corresponde. Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si todavía no pagó el servicio o medicamento, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (En el Capítulo 3 se explican las reglas que debe seguir para obtener sus servicios médicos cubiertos. Y en el Capítulo 5 se explican las reglas que debe seguir para obtener medicamentos recetados de la Parte D cubiertos).
- Si determinamos que la atención médica o el medicamento no tiene cobertura, o que usted no cumplió todas las reglas, no pagaremos la parte del costo que nos corresponde. En cambio, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviamos el pago que solicitó y sus derechos 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 si no está de acuerdo con la cantidad que estemos pagando, puede presentar una apelación. Presentar una apelación significa que nos pide que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

Consulte los detalles sobre cómo presentar una apelación en el Capítulo 9 de este folleto, "Qué debe hacer si tiene un problema o queja (decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas)". La apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Si nunca ha presentado una apelación, le será útil comenzar leyendo la Sección 4 del Capítulo 9. La Sección 4 es una sección de introducción en la que se explica el proceso para las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones, y en la que se incluyen definiciones de términos, como "apelación". Después de leer la Sección 4, puede consultar la sección del Capítulo 9 que describe qué debe hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación para un reembolso de pago de un servicio médico, consulte la Sección 5.3 en el Capítulo 9.
- Si desea presentar una apelación para un reembolso de pago de un medicamento, consulte la Sección 6.5 en el Capítulo 9.

Sección 4 — Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias

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

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

Vea a continuación dos situaciones en las que debe enviarnos copias de sus recibos e informarnos sobre lo que paga por sus medicamentos:

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

A veces, cuando usted se encuentra en la Etapa del Período de Intervalo en la Cobertura, puede comprar un medicamento en una farmacia de la red a un precio menor al nuestro.

- Por ejemplo, una farmacia puede tener un precio especial de oferta para el medicamento. O usted puede tener una tarjeta de descuento que está fuera de nuestros beneficios y que ofrece un precio más bajo.
- A menos que se apliquen condiciones especiales, usted debe usar una farmacia de la red y su medicamento debe estar en nuestra Lista de Medicamentos.
- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de su bolsillo cuenten para que usted califique para el período de cobertura para catástrofes.

- **Nota:** Mientras está en la etapa de reducción de la cobertura, no pagaremos ninguna parte de los costos de estos medicamentos. Pero si envía una copia de los recibos, podremos calcular correctamente sus gastos de bolsillo, lo que podría ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de cobertura para catástrofes.

2. Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes que ofrece un fabricante de medicamentos

Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia para pacientes que es ofrecido por un fabricante de medicamentos y que no se incluye como beneficio de nuestro plan. Si obtiene algún medicamento a través de un programa que ofrece el fabricante de un medicamento, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos hacer que los gastos de su bolsillo cuenten para que usted califique para el período de cobertura para catástrofes.
- **Nota:** Cuando obtenga el medicamento mediante un programa de asistencia para pacientes y no con los beneficios de nuestro plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de esos medicamentos. Pero si envía una copia de los recibos, podremos calcular correctamente sus gastos de bolsillo, lo que podría ayudarlo a calificar más rápido para la Etapa de cobertura para catástrofes.

Debido a que usted no solicita un pago en los dos casos descritos anteriormente, estas situaciones no se consideran decisiones sobre la cobertura. Por lo tanto, usted no puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión.

Capítulo 8 — Sus derechos y responsabilidades

Sección 1 — Debemos respetar sus derechos como miembro de nuestro plan 218

Sección 1.1 – Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en letra grande o en braille) 218

Sección 1.2 – Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos cubiertos 219

Sección 1.3 – Debemos proteger la privacidad de su información médica personal 219

Sección 1.4 – Tenemos la obligación de proporcionarle información sobre nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos 220

Sección 1.5 – Debemos tratarlo con dignidad y respeto, y apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención 221

Sección 1.6 – Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que volvamos a considerar decisiones que ya habíamos tomado 223

Sección 1.7 – ¿Qué puede hacer si considera que no recibe un trato justo o que no se respetan sus derechos? 223

Sección 1.8 – Cómo obtener más información sobre sus derechos 224

Sección 1.9 – Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías 224

Sección 1.10 – Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades 224

Sección 2 — Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan 225

Sección 2.1 – ¿Cuáles son sus responsabilidades? 225

Sección 1 — Debemos respetar sus derechos como miembro de nuestro plan

Sección 1.1 – Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en letra grande o en braille)

Para obtener esta información de una forma que le sea útil, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros incapacitados y que no hablan inglés. Este folleto está disponible en español o chino; llame al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en braille o en letra grande. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener esta información de una forma que le sea útil, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja formal a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. En esta **Evidencia de Cobertura** o este envío postal, se incluye la información de contacto; también puede contactar a Servicio a los Miembros para obtener mas información.

Section 1.1 – We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, braille, large print, or Braille)

To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English-speaking members. This booklet is available in Spanish by calling Member Services (phone numbers are on the back cover of this booklet). We can also give you information in Braille o large print at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet).

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this booklet). You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this **Evidence of Coverage** or with this mailing, or you may contact Member Services for additional information.

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

Como miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un médico de cabecera (PCP) de nuestra red para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos (en el Capítulo 3, se explica esto). Llame a Servicio a los Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una referencia, así como a los demás proveedores que se describen en el Capítulo 3, Sección 2.2.

Como miembro del plan, tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de nuestra red de proveedores en un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando necesita dicha atención. 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 largos retrasos.

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

Sección 1.3 – Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su “información médica personal” incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad también le otorgan derechos para tener acceso a la información y limitar el uso de su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado "Aviso sobre prácticas de privacidad", donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso a sus expedientes o los cambie.
- En la mayoría de los casos, para compartir su información médica con un tercero que no le proporciona atención ni paga por ella, primero debemos pedirle permiso por escrito a usted. Usted o alguien que designe como su representante legal para tomar decisiones por usted pueden dar este permiso por escrito.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal. En las que no es necesario que le solicitemos previamente un permiso por escrito.
  - Por ejemplo, tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
  - Como usted es miembro de nuestro plan por medio de Medicare, también debemos compartir su información médica con Medicare, incluida la información relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y estatutos federales.

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

Usted tiene el derecho de ver su historia clínica que guarda nuestro plan y de 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.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre la privacidad de su información médica personal, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.4 – 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 parte de nosotros. Como se explica en la Sección 1.1 anterior, tiene derecho a que le proporcionemos la información de manera que le resulte conveniente. Esto incluye obtener la información en español, braille o letra grande).

Si desea cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto):

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan, También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que presentan los miembros, y el nivel de rendimiento de nuestro plan, incluida la calificación asignada por los miembros del plan y cómo se compara con otros planes de salud de Medicare.
- **Información sobre nuestros proveedores de la red, incluidas nuestras farmacias de la red.**
  - Por ejemplo, tiene el derecho a recibir información de nosotros sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de de la red, y cómo les pagamos a los proveedores que están en nuestra red.
  - Para ver una lista de los proveedores de la red, consulte su **Directorio de Proveedores**.
  - Para ver una lista de las farmacias de nuestra red, consulte el **Directorio de Farmacias**.
  - Si necesita más detalles sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) o visite nuestro sitio web en **kp.org/directory**.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.**
  - En los Capítulo 3 y Capítulo 4 de este folleto, explicamos qué servicios médicos están cubiertos para usted, cualquier restricción que se aplique a su cobertura y las reglas que debe seguir para recibir los servicios médicos cubiertos.
  - Para obtener detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, consulte los Capítulo 5 y Capítulo 6 de este folleto y la Lista de Medicamentos de nuestro plan. En estos capítulos, junto con la Lista de Medicamentos, se explica qué medicamentos están cubiertos, las reglas que debe seguir y las restricciones a su cobertura de ciertos medicamentos.

- Si tiene alguna pregunta sobre estas reglas o las restricciones, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.**
  - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura, o si se aplica algún tipo de restricción, tiene derecho a solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a esta explicación incluso si obtiene el servicio médico o el medicamento de un proveedor o farmacia que no pertenece a la red.
  - Si no está satisfecho o está en desacuerdo con una decisión que tomamos sobre qué tipos de atención médica o medicamentos de la Parte D están cubiertos en su caso, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos la decisión. Puede pedirnos que cambiemos nuestra decisión presentando una apelación. Obtenga en el Capítulo 9 de este folleto más información sobre qué hacer si un servicio o artículo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener. Este capítulo le ofrece detalles sobre cómo presentar una apelación si quiere que cambiemos nuestra decisión. (En el Capítulo 9 también se explica cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y otros temas).
  - Consulte en el Capítulo 7 de este folleto cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica o un medicamento recetado de la Parte D.

Sección 1.5 – Debemos tratarlo con dignidad y respeto, y apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

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

Cuando 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 sus opciones.** Esto significa que tiene derecho a que 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 riegos relacionados con su atención. Deben notificarle por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuesto forma parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que pudiera sucederle a su cuerpo como consecuencia de esto.

- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura de atención médica.** Tiene derecho a recibir una explicación al respecto de nuestra parte si un proveedor se niega a proporcionarle atención que usted cree que debería recibir. Para recibir esta explicación, deberá solicitarnos una decisión de cobertura. La Capítulo 9 de este folleto le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Tiene el 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 trasmitir sus indicaciones por adelantado se llama **"instrucciones por anticipado"**. 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 las "instrucciones por anticipado" para indicar sus instrucciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea usar instrucciones por anticipado, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. Puede llamar a Servicio a los Miembros para solicitar los formularios (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **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 que corresponda.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona a la que nombre en el formulario para tomar las decisiones por usted en caso de que usted no pueda. También se aconseja entregar copias a algún amigo cercano o miembros de su familia. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

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

- Cuando ingrese al hospital le preguntarán si firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firmó un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico o un hospital no siguieron las instrucciones que ahí se indican, puede presentar una queja ante:

Residentes del Distrito de Columbia	Residentes de Maryland	Residentes de Virginia
Distrito de Columbia Department of Insurance, Securities and Banking 810 First St., NE, Suite 701 Washington, DC 20002	Maryland Insurance Administration Consumer Complaint Investigation 200 St. Paul Place, Suite 2700 Baltimore, MD 21202	State Corporation Commission Virginia Bureau of Insurance P.O. Box 1157 Richmond, VA 23218

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

Si tiene algún problema o inquietud sobre la atención o los servicios cubiertos, consulte en el Capítulo 9 de este folleto qué puede hacer al respecto. Ese capítulo le explica en detalle la forma de tratar todo tipo de problemas y quejas.

Las medidas que debe tomar para dar seguimiento a un problema o una inquietud dependen de la situación. Es posible que necesite solicitarnos que tomemos una decisión sobre la cobertura, que tenga que presentar una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura o que precise presentar una queja. Tenemos la obligación de tratarle con imparcialidad cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja informal.

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que otros miembros presentaron ante nuestro plan en el pasado. Para obtener esta información, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 1.7 – ¿Qué puede hacer si considera que 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 recibió un trato justo o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al **1-800-368-1019** o TTY: **1-800-537-7697** o a su Oficina local de Derechos Civiles.

¿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 (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).

- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico. Para obtener los detalles sobre esta organización y su información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.8 – Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a Servicio a los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- **Puede llamar a SHIP.** Para obtener los detalles sobre esta organización y su información de contacto, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- **Puede contactar 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. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 1.9 – Información sobre evaluaciones de nuevas tecnologías

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

Sección 1.10 – Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a realizar recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en este capítulo. Llame a Servicio a los Miembros para expresar cualquier sugerencia (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 2 — Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan

Sección 2.1 – ¿Cuáles son sus responsabilidades?

Lo que necesita hacer como miembro de nuestro plan se menciona a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Estamos listos para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Vea en este folleto de **Evidencia de Cobertura** qué servicios están cubiertos para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
  - En los Capítulo 3 y Capítulo 4 se incluyen detalles sobre los servicios médicos, entre otros, qué tiene y qué no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y cuánto debe pagar.
  - En los Capítulos 5 y 6, se describe la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de salud o de medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** Llame al Servicio a los Miembros para notificarnos (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
  - Tenemos la obligación de seguir las reglas establecidas por Medicare para asegurarnos de que usted esté usando toda su cobertura combinada cuando obtiene los servicios cubiertos de nuestro plan. Esto se denomina "coordinación de beneficios", ya que se deben coordinar los beneficios médicos y de medicamentos que recibe de nosotros y los de otros planes. Lo ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte el Capítulo 1, Sección 10).
- **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 ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a proporcionarle la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y proporcióneles toda la información que necesiten sobre usted y su salud. Debe seguir las instrucciones y los planes de tratamiento que acordó con sus médicos.
  - Asegúrese de entender sus problemas de salud y participar en el desarrollo de los objetivos de tratamiento que se hicieron de común acuerdo con sus proveedores, siempre que sea posible. Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
  - Asegúrese de resolver todas sus dudas. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de manera que usted pueda comprenderlas. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que recibe, vuelva a preguntar.

- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de los pagos siguientes:
  - A fin de ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte A y Parte B. Algunos miembros del plan deben pagar una prima de Medicare Parte A. La mayoría de los miembros del plan deben pagar una prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembros de nuestro plan.
  - Por la mayoría de sus servicios médicos y medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento. Este será un copago (una cantidad fija) o coseguro (un porcentaje del costo total). El Capítulo 4 le informa lo que debe pagar por sus servicios médicos. El Capítulo 6 le informa lo que debe pagar por sus medicamentos recetados de la Parte D.
  - Si recibe servicios médicos o medicamentos que no tienen cobertura de nuestro plan ni de ningún otro tipo de seguro que pudiera tener, usted debe pagar el costo total.
  - Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o medicamento, puede presentar una apelación. Consulte el Capítulo 9 de este folleto para obtener información sobre cómo presentar una apelación.
  - Si se le solicita que pague una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Díganos si se muda.** Si tiene planeado cambiar de domicilio, es importante que nos lo diga de inmediato. Llame al Servicio a los miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
  - Si cambia de domicilio fuera del área de servicio del plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan. (El Capítulo 1 le da información sobre el área de servicio). Podemos ayudarle a determinar si saldrá de nuestra área de servicio al mudarse. Si abandona nuestra área de servicio, dispondrá de un período de inscripción especial en el que puede inscribirse en cualquier plan de Medicare disponible en su nueva área. Podemos informarle si disponemos de un plan en su nueva área.
  - Si cambia de domicilio sin salir del área de servicio del plan, llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo contactarlo.
  - Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en el Capítulo 2.
- **Si tiene preguntas o inquietudes, llame a Servicio a los Miembros.** También lo invitamos a compartir con nosotros cualquier sugerencia que pudiera tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
  - Los números de teléfono y los horarios de atención de Servicio a los Miembros figuran en la contraportada de este folleto.
  - Consulte el Capítulo 2 para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros y conocer nuestra dirección postal.

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

Sección 1 — Introducción 230
Sección 1.1 – Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 230
Sección 1.2 – ¿Qué pasa con los términos legales? 230

Sección 2 — Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros 230
Sección 2.1 – Dónde obtener más información y ayuda personalizada 230

Sección 3 — ¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema? 231
Sección 3.1 – ¿Debe seguir el proceso para las decisiones sobre la cobertura y la presentación de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas? 231

Decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4 — Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura 232
Sección 4.1 – Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: Panorama general 232
Sección 4.2 – Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación 233
Sección 4.3 – ¿En qué sección de este capítulo se incluyen detalles sobre su situación? 234

Sección 5 — Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 234
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 la parte del costo de su atención que nos corresponde pagar 234
Sección 5.2 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirnos que le autoricemos o le brindemos la cobertura para el servicio de atención médica que desea) 236
Sección 5.3 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión de nuestro plan sobre la cobertura de atención médica) 239
Sección 5.4 – Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2 242
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? 244

Sección 6 — Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 245

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 245

Sección 6.2 – ¿Qué es una excepción? 247

Sección 6.3 – Cosas importantes que debe saber sobre las solicitudes de excepciones 248

Sección 6.4 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción 249

Sección 6.5 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión de cobertura que tomó nuestro plan) 252

Sección 6.6 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 255

Sección 7 — Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo 257

Sección 7.1 – Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos 257

Sección 7.2 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria 258

Sección 7.3 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria 261

Sección 7.4 – ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado? 262

Sección 8 — Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo 264

Sección 8.1 – 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) 264

Sección 8.2 – Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura 265

Sección 8.3 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 265

Sección 8.4 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo 267

Sección 8.5 – ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado? 269

Sección 9 — Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior 271
Sección 9.1 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de solicitudes de servicios médicos 271
Sección 9.2 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de medicamentos de la Parte D 272

Cómo presentar quejas

Sección 10 — Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas 273
Sección 10.1 – ¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas? 274
Sección 10.2 – El nombre formal para “presentar una queja” es “interponer una queja formal” 275
Sección 10.3 – Paso a paso: Cómo presentar una queja informal 275
Sección 10.4 – También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad 276
Sección 10.5 –También puede informarle a Medicare sobre su queja 277

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 ciertos problemas, debe usar el proceso para decisiones sobre la cobertura y apelaciones.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el proceso para presentar quejas informales.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el manejo justo y oportuno de su problema, cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a usted como a nosotros.

¿Cuál debe usar?

Esto depende del tipo de problema que tenga. La guía en la Sección 3 de este capítulo le ayudará a identificar cuál es el proceso correcto para utilizar.

Sección 1.2 – ¿Qué pasa con los términos legales?

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

Para evitar confusiones, en este capítulo, hemos decidido omitir ciertos términos legales y usar palabras simples para explicar los procedimientos y las reglas legales. Por ejemplo, decimos “presentar una queja” en lugar de “interponer una queja formal”, “decisión de 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.

Sin embargo, a veces puede ser útil —e importante— conocer el término legal correcto aplicable a su situación. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más clara y exacta, y a obtener la ayuda y la información adecuadas que necesita para su caso en particular. Con el fin de ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar aquí los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas hemos incluido los términos legales correspondientes.

Sección 2 — Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no están conectadas con nosotros

Sección 2.1 – Dónde obtener más información y ayuda personalizada

A veces, puede resultar difícil iniciar o llevar adelante un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel limitado de energía. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga el conocimiento necesario para seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización independiente del gobierno

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Siempre puede llamar al **Programa Estatal sobre Asistencia de Seguro Médico (SHIP)**. Este programa del gobierno cuenta con consejeros capacitados en todos los estados y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos consejeros 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 Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud no tienen costos. Encontrará los números de teléfono en el Capítulo 2, Sección 3, de este folleto.

También puede solicitar ayuda e información a Medicare

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, puede contactarse con Medicare. Hay dos formas de obtener información directamente de Medicare:

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

Sección 3 — ¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?

Sección 3.1 – ¿Debe seguir el proceso para las decisiones sobre la cobertura y la presentación de apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

Si tiene un problema o inquietud, solamente necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

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

¿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 o medicamento recetado en particular tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas relacionados con el pago de la atención médica y los medicamentos recetados).

- **Sí, mi problema se relaciona con los beneficios o la cobertura:**
  - Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 4: “Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”.
- **No, mi problema no se relaciona con los beneficios o la cobertura:**
  - Vaya a la Sección 10 al final de este capítulo: “Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas”.

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

Sección 4 — Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura

Sección 4.1 – Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones: Panorama general

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se usa para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura

Una decisión sobre cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus servicios médicos o por sus medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red toma una decisión de cobertura (favorable) para usted siempre que usted recibe atención médica de él o ella o si le remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden contactarnos y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro acerca de si cubriremos un servicio médico específico o si se niega a proporcionarle la atención médica que usted cree que necesita. En otra palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo 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 estamos tomando una decisión de cobertura para usted cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura con la que está en desacuerdo, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando presenta una apelación por primera vez, eso se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión tomada sobre la cobertura para analizar si se siguieron todas las normas correctamente. Evaluarán su apelación revisores distintos a los que tomaron la decisión desfavorable original. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “decisión acelerada o rápida sobre la cobertura” o una apelación acelerada de una decisión sobre la cobertura. En circunstancias limitadas, una solicitud de apelación será rechazada, lo que significa que no la revisaremos. 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 apelación, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si decimos que no a una parte o a la totalidad de su Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 estará a cargo de una Organización de Revisión Independiente sin relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso será enviado automáticamente a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2. En otras situaciones, tendrá que solicitar una Apelación de Nivel 2). Si está en desacuerdo con la decisión de la Apelación de Nivel 2, podría continuar presentando otros niveles de apelaciones.

Sección 4.2 – Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

¿Necesita ayuda? Si desea solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación, le recomendamos los siguientes recursos:

- Puede **llamar a Servicio a los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede **solicitar ayuda gratuita** a su **Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP)** (consulte la Sección 2 de este capítulo).
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre.**
  - Para la atención médica o los medicamentos recetados de Medicare Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será enviada al Nivel 2 automáticamente. Debe designar a su médico como su representante para solicitar una apelación que vaya más allá del Nivel 2.
  - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otro profesional que le expida recetas puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 o 2 en su nombre. A fin de presentar apelaciones más allá del Nivel 2, su médico u otro profesional que le expida recetas debe ser designado como su representante.
- **Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su "representante" para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
  - Es posible que, de acuerdo con las leyes estatales, ya haya una persona con la autoridad legal para actuar en su nombre.
  - Si desea que un amigo, familiar, médico u otro proveedor, u otra persona sea su representante, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) y solicite el formulario "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**). El formulario autoriza a la persona designada a actuar en su nombre. Debe incluir su firma y la de la persona que usted designe como su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente.** Puede comunicarse con su propio abogado o buscar uno en el colegio local de abogados o a través 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 de 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 tipos diferentes de situaciones que se relacionan con las decisiones de cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos aplicables dependen de cada situación, incluimos información detallada de cada una en una sección aparte:

- **Sección 5** de este capítulo: "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación".
- **Sección 6** de este capítulo: "Sus medicamentos recetados 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, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales, como el SHIP (en el Capítulo 2, Sección 3 de este folleto se encuentran los números de teléfono de este programa).

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

? ¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo ("Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura")? Si no lo ha hecho, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

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

En esta sección se describen sus beneficios para servicios y atención médica. Son los beneficios que se describen en el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de beneficios médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)". Para simplificar, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica" en el resto de esta sección, en vez de repetir "atención médica o tratamiento o servicios" cada vez. El término "atención médica" incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de Medicare Parte B. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B.

En esos casos, explicaremos las diferencias entre las reglas para los medicamentos recetados de Medicare Parte B y las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes cinco situaciones:

- No recibe un tipo en particular de atención médica que desea y considera que nuestro plan lo cubre.
- No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor de atención médica desean proporcionarle y usted considera que nuestro plan la cubre.
- Ha recibido atención médica que cree que debe tener cobertura de nuestro plan, pero nos hemos negado a pagarla.
- Recibió y pagó atención médica que cree que debe cubrir nuestro plan y desea solicitarnos el reembolso del costo de esta atención.
- Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud.

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

- **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 solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo". Esta sección describe solo tres tipos de servicios: atención médica a domicilio, atención en centros de enfermería especializada y Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).

Para el resto de las situaciones en las que se le informe que dejará de recibir la atención médica que estaba recibiendo, consulte esta sección (Sección 5) para saber qué debe hacer.

¿Cuál de estas situaciones se aplica en su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Para saber si cubriremos la atención médica que desea.	Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Vaya a la sección siguiente de este capítulo, Sección 5.2.
Si ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico como necesita que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). Vaya a la Sección 5.3 de este capítulo.
Si desea solicitarnos el reembolso de atención médica que ya recibió y pagó.	Puede enviarnos la factura. Vaya a la Sección 5.5 de este capítulo.

Sección 5.2 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo pedirnos que le autoricemos o le brindemos la cobertura para el servicio de atención médica que desea)

Términos legales	Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina **"determinación de la organización"**.

Paso 1: Nos pide que tomemos una decisión de cobertura de la atención médica que solicita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos que tomemos una "decisión acelerada de cobertura".

Términos legales	Una **"decisión rápida de cobertura"** se denomina **"determinación acelerada de cobertura".**

¿Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea?

- El primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante puede hacerlo.
- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se llama "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D".

Por lo general, usamos un plazo estándar para tomar la decisión.
Usaremos un plazo "estándar" para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo "acelerado". Una decisión normal sobre la cobertura significa 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, en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si solicita más tiempo o si necesitamos obtener información (como la historia clínica de proveedores que no pertenecen a la red) que pudiera beneficiarlo. Si decidimos tardarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si considera que no debemos tomarnos más días, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "decisión rápida sobre la cobertura".

- Una decisión acelerada sobre la cobertura significa que responderemos **en un plazo de 72 horas** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas.**
  - Sin embargo, en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, podemos tardar hasta 14 días calendario más si notamos que falta información que podría beneficiarlo (como historias clínicas de proveedores que no pertenecen la red) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que no debemos tomarnos más días, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo). Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- **Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión acelerada de cobertura:**
  - Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si solicita cobertura de atención médica que aún no ha recibido. (No puede solicitar una decisión acelerada de cobertura si la solicitud es para el pago de atención médica que ya recibió).
  - Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión acelerada sobre la cobertura", aceptaremos proporcionársela automáticamente.
- Si solicita una decisión acelerada sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión acelerada sobre la cobertura.
  - Si determinamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo normal).
  - En la carta, también le indicaremos que si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
  - Esta carta también le dirá cómo puede presentar una "queja acelerada" acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión acelerada sobre la cobertura que solicitó. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

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

Plazo para una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Por lo general, para una decisión acelerada sobre la cobertura en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, le responderemos **en un plazo de 72 horas**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas**.
  - Como se ha explicado anteriormente, en ciertas circunstancias podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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 considera que no debemos tomarnos más días, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas.** (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le respondemos **en un plazo de 72 horas** (o si se extiende el plazo, al finalizar ese período), o **en un plazo de 24 horas** si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.
- **Si respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud,** le enviaremos una explicación detallada por escrito del motivo de nuestra decisión.

Plazos para una "decisión normal sobre la cobertura"

- Por lo general, una decisión normal sobre la cobertura respecto a una solicitud de un artículo o servicio médico, implica que le responderemos **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en el que recibamos la solicitud. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud.
  - En el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, en ciertas circunstancias, podremos tomar hasta otros 14 días calendario ("período ampliado"). Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión de cobertura, 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 considera que no debemos tomarnos más días, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le respondemos en un plazo de 14 días calendario (o si se extiende el plazo, al finalizar ese período), o en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. La Sección 5.3 a continuación le indica cómo presentar una apelación.

- Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una nota por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

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

- Si decimos que **no**, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos la decisión y, tal vez, cambiemos nuestra decisión. Una apelación es otro intento de obtener la cobertura para la atención médica que desea.
- Si desea presentar una apelación, significa que usará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte la Sección 5.3 a continuación).

Sección 5.3 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión de nuestro plan sobre la cobertura de atención médica)

Términos legales	Una apelación presentada ante el plan para cambiar una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama una **"reconsideración"**.

Paso 1: Contáctenos y presente su apelación. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación acelerada".

Qué hacer

- **Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante deben comunicarse con nosotros**. Para ver detalles sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier tema relacionado con su apelación, vaya al Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o presentar una apelación o queja sobre su atención médica y presenta una apelación o una queja respecto de los medicamentos recetados de la Parte D".
- **Si solicita una apelación estándar, preséntela mediante una solicitud por escrito.**
  - Si alguien que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de "Designación de representante" que autorice a esta persona a representarlo. Para obtener el formulario, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono aparecen en la contratapa de este folleto) y solicite el formulario de "Designación de Representante". También 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 **kp.org**. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario a más tardar en 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si 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 apelación.

- **Si solicita una apelación acelerada, debe presentar su apelación por escrito o llamarnos** al número de teléfono que aparece en la Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D".
- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar 60 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de la cobertura. 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 para no cumplir con el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
  - Si tiene información adicional que respalde su apelación, usted y su médico pueden enviárnosla.

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

Términos legales	Una **"apelación acelerada"** también se denomina **"reconsideración rápida".**

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

Paso 2: Evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura para atención médica. Hacemos una revisión para determinar si hemos seguido todas las normas cuando dijimos no a su solicitud.
- Reuniremos más información si la requerimos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación acelerada"

- Si empleamos plazos acelerados, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de su apelación. Le responderemos antes si su estado de salud lo requiere.
  - Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si debemos recopilar 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 decidimos tardarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si no le damos una respuesta **en un plazo de 72 horas** (o al finalizar el plazo extendido si nos tomamos días adicionales), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización y se explica qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- **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,** enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazo para una "apelación estándar"

- Si presenta una apelación estándar, en el caso de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos responderle **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que recibamos su apelación, si esta es sobre la cobertura de un servicio que aún no ha recibido. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B 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 debemos recopilar 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 decidimos tardarnos más días para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
  - Si considera que no debemos tomarnos más días, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos más días. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos **en un plazo de 24 horas**. (Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, incluidas las quejas aceleradas, consulte la Sección 10 de este capítulo).
  - Si no le respondemos en el plazo aplicable indicado arriba (o al final del período ampliado, si nos tomamos más días en la entrega de un artículo o la prestación de un servicio médico), debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una Organización de Revisión Independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Si respondemos que sí a una parte o la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar **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 respondemos que no a una parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la Organización de Revisión Independiente para una Apelación de Nivel 2.

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

Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando dijimos que no a su apelación, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso, es decir, al Nivel 2.

Sección 5.4 – Paso a paso: Cómo se presenta una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que no a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa nuestra decisión de rechazar su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales	El nombre formal de la **"Organización de Revisión Independiente"** es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se conoce como **"IRE"**.

Paso 1: La Organización de Revisión Independiente revisa la apelación.

- **La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.** Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Enviaremos toda la información disponible sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina "expediente del caso" Usted tiene derecho a solicitarnos una copia. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a 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 evaluarán 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

- Si presentó una apelación acelerada de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación acelerada de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** a partir del momento en que reciba su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si presentó una "apelación estándar" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación estándar" en el Nivel 2

- Si presentó una apelación estándar de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación estándar de Nivel 2. Si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días calendario** a partir del momento en que reciba su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de Revisión Independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La Organización de Revisión Independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente le responderá.

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

- Si la organización de revisión responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud para un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica **en un plazo de 72 horas** o proporcionar el servicio **en un plazo de 14 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes estándar, o **en un plazo de 72 horas** a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.
- Si la organización de revisión responde que sí a una parte o a la totalidad de su solicitud para un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar el medicamento recetado de la Parte B en disputa **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la decisión de la organización de revisión en el caso de solicitudes estándar, o **en un plazo de 24 horas** después de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.
- Si esta organización responde que no a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama "respaldar la decisión". También se llama "denegar la apelación")
    - Si la Organización de Revisión Independiente "respalda la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar una apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de salud solicitada debe ser equivalente a cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión del Nivel 2 es final. La notificación por escrito que reciba de la Organización de Revisión Independiente le

informará sobre cómo averiguar el valor en dólares necesario para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacer esto se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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?

Si desea solicitarnos un pago de atención médica, primero lea el Capítulo 7 de este folleto: "Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos". El Capítulo 7 contiene más información sobre las situaciones en que posiblemente tenga que solicitarnos un reembolso o que paguemos una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones sobre la cobertura, consulte la Sección 4.1 de este capítulo). Para tomar esta decisión de cobertura, verificaremos que la atención médica por la que pagó sea un servicio cubierto; consulte el Capítulo 4, "Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)". También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica (estas reglas se explican en el Capítulo 3 de este folleto: "Cómo usar la cobertura de nuestro plan para sus servicios médicos)".

Le responderemos sí o no a su solicitud

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted cumplió todas las normas, le enviaremos el pago de nuestro porcentaje del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario desde el momento en que recibamos su solicitud. Por otro lado, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. Enviar el pago es lo mismo que responder que sí a su solicitud de una decisión de cobertura.
- 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 los servicios y los motivos con detalle. Rechazar su solicitud de pago es lo mismo que responder no a su solicitud de una decisión de cobertura.

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

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3 de este capítulo. Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, **tenga en cuenta lo siguiente:**

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada).
- Si la Organización de Revisión Independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en 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 de cobertura o presentar una apelación

?	¿Ha leído la Sección 4 de este capítulo (“Guía básica sobre apelaciones y decisiones de cobertura”)? Si no lo ha hecho, le recomendamos que lo haga antes de empezar esta sección.

Sección 6.1 – 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 como miembro de nuestro plan se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022**. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una “indicación aceptada desde el punto de vista médico” es un uso de un medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos o que está respaldado por ciertos libros de referencia; (Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico).

- **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** 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”.
- Para ver más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022,** las reglas y las restricciones para la cobertura, e información sobre los costos, consulte el Capítulo 5 (“Cómo usar la cobertura de nuestro plan para obtener medicamentos recetados de la Parte D”) y el Capítulo 6 (“Cuánto paga por sus medicamentos recetados de la Parte D”).

Apelaciones y decisiones de cobertura de la Parte D

Como se analizó en la Sección 4 de este capítulo, una decisión de cobertura es una decisión que tomamos acerca de sus beneficios y cobertura o acerca del monto que pagaremos por sus medicamentos.

Términos legales	Una decisión inicial de cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama **"determinación de cobertura"**.

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de la Parte D:

- Solicitarnos que hagamos una excepción, lo que incluye:
  - Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022.**
  - Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite a la cantidad que puede recibir de un medicamento).
  - Nos solicita pagar un monto de costo compartido menor para un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor.
- Preguntarnos si su cobertura incluye un determinado medicamento y si usted cumple las reglas de cobertura aplicables. Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022**, pero requerimos que primero obtenga nuestra aprobación antes de ofrecerle cobertura.
  - **Nota:** 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 sobre la cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento recetado que ya compró. Esto es una decisión sobre la cobertura para un pago.

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

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

¿Cuál de estas situaciones se aplica en su caso?

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de Medicamentos o necesita que no apliquemos una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos.	Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). **Comience con la Sección 6.2 de este capítulo.**

Si está en esta situación:	Esto es lo que puede hacer:
Si desea que cubramos un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y considera que cumple alguna regla o restricción del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita.	Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. **Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.**
Si desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y pagó.	Puede solicitarnos un reembolso (Es un tipo de decisión sobre la cobertura). **Vaya a la Sección 6.4 de este capítulo.**
Si ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento como necesita que se cubra o pague.	Puede presentar una apelación (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). **Vaya a la Sección 6.5 de este capítulo.**

Sección 6.2 – ¿Qué es una excepción?

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 sobre la cobertura. Y, como sucede con otros tipos de decisiones sobre la cobertura, si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una apelación.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. Evaluaremos su solicitud. A continuación, se muestran tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que le expida recetas pueden solicitar:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles de 2022.** (La llamamos "Lista de Medicamentos", para abreviar).

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

   - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la Lista de Medicamentos, tendrá que pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 para los medicamentos de marca no preferidos o del Nivel 2 para los medicamentos genéricos. Usted no puede solicitar una excepción para el monto de copago o coseguro que requerimos que usted pague por el medicamento.
2. **Retirar una restricción de cobertura para un medicamento cubierto.** Hay reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2022** (obtenga más información en el Capítulo 5, Sección 4).

Términos legales	Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una **"excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles"**.

- Entre las reglas y las restricciones adicionales de cobertura para ciertos medicamentos, se incluyen:
  - Requerir que se use la versión genérica de un medicamento de marca.
  - Obtener por adelantado la aprobación del plan, antes de que aceptemos cubrir un medicamento. (Algunas veces, esto se llama "autorización previa").
- Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago o coseguro que deba pagar por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de Medicamentos se incluyen en uno de los seis niveles de costo compartido. En términos generales, cuanto más bajo sea el número del nivel de costo compartido, menos pagará como su porcentaje del costo del medicamento.

Términos legales	Solicitar el pago de un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto se llama en ocasiones una **"excepción de nivel".**

- 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. Esto podría disminuir su parte del costo del medicamento.
  - 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 – Cosas importantes que debe saber sobre las solicitudes de excepciones

Su médico debe informarnos las razones médicas

Su médico u otro profesional que expida recetas deben enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que expida recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición determinada. Estas diversas opciones se llaman medicamentos **"alternativos"**. En general, si se establece que un medicamento alternativo tiene la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y que además no provoca otros efectos secundarios o problemas de salud, no aprobaremos su solicitud de una excepción. Si nos pide una excepción de nivel, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción, salvo que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido más bajos no funcionen bien en su caso o es probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

Le responderemos 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 que su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si rechazamos su solicitud de excepción, puede solicitar una revisión de nuestra decisión presentando una apelación. La Sección 6.5 de este capítulo le informa cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura, incluida una excepción.

Sección 6.4 – Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Paso 1: Nos pide que tomemos una decisión de cobertura para un medicamento o un pago que necesita.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una "decisión acelerada de cobertura". No puede pedir una decisión acelerada de cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró.

Qué hacer

- **Solicite el tipo de decisión sobre la cobertura que desea.** El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax al plan para hacer su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que receta) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisión sobre la cobertura a través de nuestro sitio web. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2, Sección 1, y busque la sección que se llama "¿Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D?". O bien, si solicita un reembolso para un medicamento, vaya a la sección llamada "Dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por la atención médica o un medicamento que recibió".
- **Usted o su médico u otra persona que actúe en su nombre** puede solicitar una decisión de cobertura. En la Sección 4 de este capítulo se explica cómo puede otorgar un permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.

- **Si desea solicitarnos un reembolso por un medicamento,** primero lea el Capítulo 7 de este folleto: "Cómo solicitarnos que paguemos el porcentaje que nos corresponde de una factura que recibe por servicios médicos o medicamentos cubiertos". El Capítulo 7 contiene más información sobre las situaciones en que posiblemente tenga que solicitarnos un reembolso. También se explica cómo debe enviarnos la documentación para solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ya pagó.
- **Si solicita una excepción, recuerde incluir la "declaración de respaldo".** Su médico u otro profesional que receta deben indicarnos los motivos médicos para solicitar la excepción. (A esto lo llamamos la "declaración de apoyo"). Su médico u otra persona que recete pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O el médico u otro profesional que expida recetas también pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo. Consulte las Sección 6.2 y Sección 6.3 de este capítulo para obtener más información sobre las solicitudes de excepción.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.

Términos legales	Una "decisión rápida de cobertura" se denomina **"determinación acelerada de cobertura"**.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "decisión rápida sobre la cobertura".

- Usaremos un plazo "estándar" para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo "acelerado". Una decisión normal sobre la cobertura significa que le responderemos **en un plazo de 72 horas desde la recepción de la declaración de su médico.** Una decisión acelerada sobre la cobertura significa que le responderemos **en un plazo de 24 horas** después de la recepción de la declaración de su médico.
- **Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión acelerada de cobertura:**
  - Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si la solicita para un medicamento que aún no haya recibido. (no puede pedir una decisión acelerada de cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).
  - Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- **Si su médico u otro profesional que receta nos informan que su estado de salud requiere una "decisión acelerada de cobertura",** aceptaremos automáticamente darle una decisión acelerada de cobertura.
- **Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta** (sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta), decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos una decisión acelerada de cobertura.
  - Si determinamos que su condición médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada sobre la cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos en cambio el plazo normal).

- En la carta, también le indicaremos que si su médico u otro profesional que recete medicamentos solicitan una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- Y le explicaremos además cómo presentar una queja para cambiar nuestra decisión de usar una decisión normal de cobertura en lugar de la acelerada que usted solicita. En ella se describe cómo presentar una "queja acelerada", lo que significa que recibiría una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir la queja. El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Para obtener más información acerca del proceso para presentar quejas, consulte la Sección 10 de este capítulo).

Paso 2: Evaluamos su solicitud y le respondemos.

Plazo para una "decisión rápida sobre la cobertura"

- Si empleamos plazos acelerados, debemos responderle **en un plazo de 24 horas**.
  - Por lo general, esto significa **un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas** a partir de la recepción de la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos **sí** a 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 parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión normal sobre la cobertura" de un medicamento que aún no ha recibido

- Si usamos el plazo estándar, debemos responder **en un plazo de 72 horas**.
  - Por lo general, esto significa **un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud. Si solicita una excepción, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de la declaración de su médico respaldando su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
  - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
  - Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos ofrecer la cobertura que hayamos acordado proporcionar **en un plazo de 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.

- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazo para una "decisión estándar sobre la cobertura" sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle nuestra respuesta en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
  - ♦ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en el plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura, usted decide si quiere presentar una apelación.

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

Sección 6.5 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo pedir que se revise una decisión de cobertura que tomó nuestro plan)

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

Paso 1: Nos contacta y presenta una Apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación acelerada".

Qué hacer

- **Para iniciar la apelación, usted (o su representante, su médico u otro profesional recetador) debe contactarnos.**
  - ♦ Para obtener detalles acerca de cómo contactarnos por teléfono, fax, correo o en nuestro sitio web con cualquier fin relacionado con su apelación, vaya a la Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección llamada "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D".
- **Presente una solicitud por escrito si solicita una apelación estándar.**

- **Si solicita una apelación acelerada, puede presentar su apelación por escrito o llamarnos** al número de teléfono que aparece en la Capítulo 2, Sección 1, "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D".
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar 60 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito** que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de decisión de la cobertura. Podemos darle más tiempo si no puede presentar la apelación en este plazo y tiene una buena razón para no haberlo hecho. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir con el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más información.**
  - Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
  - Si tiene más información que respalde su apelación, usted, su médico u otro profesional que receta nos la pueden enviar.

Términos legales	Una "apelación acelerada" también se denomina **"redeterminación rápida"**.

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 expida recetas deberán determinar si se necesita una "apelación acelerada".
- Los requisitos para obtener una "apelación acelerada" son los mismos que los que se necesitan para una "decisión acelerada sobre la cobertura", y se describen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Evaluamos su apelación y le respondemos.

Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Hacemos una revisión para determinar si hemos seguido todas las normas cuando dijimos no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otra persona que recete para obtener más información.

Plazos para una "apelación acelerada"

- Si empleamos plazos acelerados, debemos responderle **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.

- Si no le damos una respuesta **en el plazo de 72 horas**, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.

- Si respondemos **sí** a 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** en todo o en parte a su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazo para una "apelación estándar"

- Si presenta una apelación estándar, debemos darle una respuesta **en un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación por un medicamento que no ha recibido.** Nos comunicaremos con usted antes si aún no recibió el medicamento y es necesario debido a su problema médico. Si cree que su estado de salud lo requiere, debe solicitar una "apelación acelerada".
  - 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. Más adelante en esta sección, se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
  - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su estado de salud, pero antes de que transcurran siete días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.
  - Si aprobamos su solicitud de reembolso por un medicamento que ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que recibimos la apelación.
- Si respondemos **no** en todo o en parte a su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.
- Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
  - Si no le damos una respuesta en un plazo de 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones donde la evaluará una Organización de Revisión Independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos que sí a parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle **en el plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que no a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

Si respondemos que no a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación.

Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación (encontrará más información a continuación).

Sección 6.6 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la **Organización de Revisión Independiente** revisa la decisión que tomamos de responder que **no** a su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se conoce como **"IRE"**.

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

- Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ante la Organización de Revisión Independiente. En estas instrucciones se le explicará quiénes pueden presentar esta Apelación de Nivel 2, que plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión.
- Si presenta una apelación ante la Organización de Revisión Independiente, enviaremos a esta entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso" Usted tiene derecho a solicitarnos una copia. 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 y le responde.

La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Se trata de una compañía que Medicare escoge para revisar nuestras decisiones sobre los beneficios de la Parte D.

Los revisores de la Organización de Revisión Independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de esta.

Plazos para una "apelación acelerada" de Nivel 2

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una "apelación acelerada".

- Si la organización de revisión la acepta, debe responder a su Apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.**
- 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.

Plazos para una "apelación estándar" de Nivel 2

- Si usted presenta una apelación estándar de Nivel 2, la organización de revisión debe responderle **en un plazo de 7 días calendario** a partir de la fecha en que haya recibido la apelación si es por un medicamento que 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.
- Si la Organización de Revisión Independiente responde que sí a parte o a la totalidad de su solicitud:
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura para el medicamento aprobado **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido la respuesta de la organización.
  - Si la Organización de Revisión Independiente aprueba la solicitud de reembolso para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago **en un plazo de 30 días calendario** 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 su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión original de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "respaldar la decisión". También se llama "denegar la apelación")

Si la Organización de Revisión Independiente "respalda la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar una nueva apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que solicita debe cumplir con un monto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será final. El aviso que reciba de la Organización de Revisión Independiente le informará el valor en dólares en disputa necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que solicita cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple con los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si lo hace, consulte las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 es manejada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En la Sección 9 de este capítulo se brinda 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 el médico le da el alta antes de tiempo

Cuando es hospitalizado, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Consulte más información sobre nuestra cobertura de atención hospitalaria, incluida cualquier limitación a la cobertura, en el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de Beneficios Médicos (qué está cubierto y qué debe pagar)".

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 también se encargarán de coordinar cualquier servicio de atención que pudiese necesitar después de salir del hospital.

- El día en que usted abandona el hospital se llama **"fecha del alta"**.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo harán saber.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud. En esta sección, se explica cómo presentar esta solicitud.

Sección 7.1 – Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare con una descripción de sus derechos

Durante su hospitalización con cobertura, recibirá un aviso por escrito con el título **"An Important Message from Medicare about Your Rights" (Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos).** Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son hospitalizadas. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero) debe entregársela dentro de los dos primeros días a partir de su hospitalización. Si no recibe la notificación, pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

- **Lea cuidadosamente este aviso** y pregunte si no entiende algo. En él se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:
  - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de ella, según lo ordene el médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
  - Su derecho a participar en las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién cubrirá los costos.
  - Dónde acudir si tiene inquietudes sobre la calidad de la atención en el hospital.
  - Su derecho a apelar la decisión de darle el alta si cree que se la están dando antes de tiempo.

Términos legales	La notificación escrita de Medicare le indica cómo puede **"solicitar una revisión inmediata"**. La solicitud de una revisión inmediata es una vía formal y legal de solicitar que se extienda su estadía para que la atención hospitalaria tenga cobertura durante más tiempo (La Sección 7.2 a continuación le dice cómo puede solicitar una revisión inmediata).

- **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. (En la Sección 4 de este capítulo, se explica cómo puede designar a una persona como su representante mediante un permiso por escrito).
  - Firmar el aviso **solo** demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. En la notificación no se proporciona su fecha de alta hospitalaria (su médico o el personal del hospital le comunicarán cuál es). Firmar la notificación no significa que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia del aviso,** para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
  - Si firma la notificación más de dos días antes de retirarse del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria
  - Si desea ver una copia de este aviso por anticipado, puede llamar al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. También puede consultarlo en línea en **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html.**

Sección 7.2 –Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios durante más tiempo, deberá presentar su solicitud a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los dos primeros niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

En una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso.

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

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?
Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?
En 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 consulte 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, Sección 4 de este folleto).

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 del alta hospitalaria**. (La "fecha programa para el alta hospitalaria" es la fecha que se ha fijado para que usted deje el hospital).
  - **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 sobre su apelación.
  - **Si no cumple con este plazo,** y decide permanecer en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea presentar la apelación, deberá presentarla directamente ante el plan. Para ver más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4 de este capítulo.

Solicite una "revisión rápida"
Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "revisión rápida" de su fecha de alta hospitalaria. Solicitar una "revisión rápida" significa que usted ha pedido a la organización que use los plazos "rápidos" de apelación en vez de usar los plazos estándar.

Términos legales	Una "revisión acelerada" también se denomina **"revisión inmediata"** o **"revisión rápida"**.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que presente nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Hacia el mediodía del día después de que los revisores hayan informado a nuestro plan de su apelación, usted recibirá una notificación por escrito con su fecha programa para el alta hospitalaria y una explicación detallada de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

Términos legales	Esta explicación escrita se llama **"Notificación detallada del alta hospitalaria"**. A fin recibir una copia de este aviso, puede llamar al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto) o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede ver un ejemplo del aviso en línea, en **https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**

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 a su apelación, **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 sus servicios hospitalarios cubiertos. (Consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación, significa que la fecha programa 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 rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programa para el alta hospitalaria, tiene derecho a 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

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, 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.

Vea a continuación los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

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 evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario siguientes a la fecha de recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión responde 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 y no la cambiarán. 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. 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, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso y pasar al Nivel 3 de apelaciones.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 – ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar la apelación con nosotros.

Tal como se describe anteriormente en la Sección 7.2, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación sobre el alta hospitalaria ("rápidamente" significa antes de dejar el hospital y antes de la fecha programada para el alta hospitalaria, lo que suceda primero). Si no se pone en contacto con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no contacta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una "revisión acelerada".
Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo estándar.

Términos legales	Una "revisión acelerada" (o "apelación acelerada") también se llama **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Contáctenos para solicitar una "revisión acelerada".

- Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte la Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se llama "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D".
- **Asegúrese de pedir una "revisión acelerada".** Esto significa que solicita que le respondamos en un plazo "acelerado", en lugar del plazo "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión acelerada" de su fecha programada para el alta hospitalaria a fin de determinar si fue médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico. para determinar si la fecha programa para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico. Revisaremos la información para ver si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y si se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, le responderemos en un plazo "acelerado", en lugar del plazo estándar.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas **después de haber solicitado una "revisión acelerada" ("apelación acelerada").**

- **Si respondemos que sí a su apelación acelerada,** significa que estamos de acuerdo con usted y consideramos que aún deberá seguir hospitalizado después de la fecha de alta hospitalaria, y seguiremos brindándole servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación acelerada,** significa que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finaliza el día en que dijimos que terminaría.
- **Si permaneció en el hospital después de la fecha programada para el alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esta fecha.**

Paso 4: Si respondemos que no a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones.
Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas al responder que **no** a su apelación acelerada, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Hacer esto significa que pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

En una Apelación de Nivel 2 **la Organización de Revisión Independiente** evalúa la decisión que tomamos cuando dijimos que no a su "apelación acelerada". Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se conoce como **"IRE"**.

Paso 1: Reenviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente
Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede presentar una queja informal. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión acelerada" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- La Organización de Revisión Independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.

- **Si esta organización responde que sí a su apelación,** entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos por la atención de hospital que haya recibido desde la fecha programada para el alta hospitalaria. También debemos seguir brindando la cobertura de nuestro plan para los servicios de hospitalización cubiertos, siempre y cuando sean necesarios desde el punto de vista médico, y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización responde que no** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para el alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico.
  - ♦ En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente, se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. En él, se describirá con detalles lo que debe hacer para avanzar al Nivel 3 de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independiente rechaza su apelación, debe elegir si desea avanzar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8 — Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo

Sección 8.1 – 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)

Esta sección se refiere solamente a los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica a domicilio** que recibe.
- La **atención de enfermería especializada** que recibe como paciente de un centro de enfermería especializada. (Para obtener más información sobre los requisitos que debe cumplir un centro para que se considere un "centro de enfermería especializada", consulte el Capítulo 12, "Definición de palabras importantes").
- La **atención de rehabilitación** que reciba como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o bien para recuperarse de una cirugía mayor. (Para obtener más información sobre este tipo de centro de atención, consulte el Capítulo 12, "Definición de palabras importantes").

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar recibiendo los servicios cubiertos de ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Consulte más información sobre los servicios cubiertos, incluidas su parte de los costos y las limitaciones de cobertura que se podrían aplicar, en el Capítulo 4 de este folleto: "Cuadro de Beneficios Médicos (qué tiene cobertura y qué debe pagar)".

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es momento de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, **dejaremos de pagar nuestro porcentaje del costo de su atención.**

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.2 – Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura

- **Recibirá una notificación por escrito.** Lo recibirá por lo menos 2 días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención.
  - ♦ La notificación escrita le indica la fecha en que dejaremos de cubrir su atención.
  - ♦ También le informa qué puede hacer si desea pedirnos que cambiemos esta decisión sobre la fecha de finalización de la atención médica y que sigamos ofreciéndole cobertura durante más tiempo.

Términos legales	La explicación sobre qué puede hacer que se incluye en el aviso por escrito se refiere a cómo solicitar una **"apelación por vía acelerada"**. Presentar una apelación por vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención. (En la Sección 8.3 a continuación, se explica cómo puede solicitar una apelación por vía rápida). La notificación por escrito recibe el nombre de **"Notificación de No Cobertura de Medicare"**.

- Se le pedirá que firme la notificación por escrito para comprobar que la recibió.

A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme la notificación. (En la Sección 4.2 de este capítulo, se explica cómo puede designar a una persona como su representante mediante un permiso por escrito).

- ♦ Al firmar el aviso, usted solo acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarla no significa que usted esté de acuerdo** con nosotros en que es hora de dejar de proporcionarle atención.

Sección 8.3 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención 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 comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los dos primeros niveles del proceso de apelación.

- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen fechas límite que nuestro plan debe cumplir (Si cree que no estamos cumpliendo con nuestros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada (consulte la Sección 2 de este capítulo).

Si presenta una Apelación de Nivel 1 puntualmente, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúan su apelación y determinan si es necesario cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente su Apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión. Debe actuar rápido.

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?
Es un grupo de médicos y otros expertos de la salud que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Se encargan de comprobar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare, y de evaluar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?
En el aviso por escrito que recibe, se explica cómo puede comunicarse con esta organización. (O consulte 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, Sección 4 de este folleto).

¿Qué debe solicitar?
Pida a esta organización una "apelación por la vía rápida" (para llevar a cabo una revisión independiente) para determinar si es adecuado, desde el punto de vista médico, que finalicemos la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para contactar a esta organización.

- 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 se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, y aún desea presentar la apelación, deberá hacerlo directamente ante nosotros. Para ver más detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5 de este capítulo.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos "los revisores" para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que presente nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan le ha proporcionado.
- Al final del día los revisores nos informan sobre su apelación y usted también recibirá una notificación por escrito en la que se explican en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Términos legales	Esta notificación por escrito se llama **"Explicación detallada de no cobertura"**.

Paso 3: Los revisores le comunicarán su decisión a más tardar en un día completo después de haber recibido toda la información que necesitan.

¿Qué sucede si los revisores responden que sí a su apelación?

- Si los revisores responden sí a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios cubiertos **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 también que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos (consulte el Capítulo 4 de este folleto).

¿Qué sucede si los revisores responden que no a su apelación?

- Si los revisores responden **no** a su apelación, entonces **su cobertura finalizará** en la fecha que le hemos indicado. Dejaremos de pagar nuestra parte del costo de esta atención en la fecha indicada en el aviso.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, 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 es no, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso de apelaciones.

- Esta primera apelación es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores responden que no a su Apelación de Nivel 1, y usted escoge continuar recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que usted pasará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

Sección 8.4 – Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y elige seguir recibiendo atención después de la fecha en que finaliza su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, de sus servicios del centro de enfermería especializada o de sus servicios en el Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Vea a continuación los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

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 a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que **no** a su Apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días siguientes a haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí a su apelación?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos continuar** proporcionando cobertura de esta atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: If the answer is no, you will need to decide whether you want to take your appeal further.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 9 de este capítulo, se incluye más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 8.5 – ¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar la apelación con nosotros.

Tal como se describió antes en la Sección 8.3, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no se pone en contacto con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los dos primeros niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no contacta a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nuestro plan y solicitar una "revisión acelerada". Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo estándar. Vea aquí los pasos a seguir para una Apelación alternativa de Nivel 1:

Términos legales	Una "revisión acelerada" (o "apelación acelerada") también se llama **"apelación acelerada"**.

Paso 1: Contáctenos para solicitar una "revisión acelerada".

Para obtener más detalles sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1 y busque la sección que se llama "Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación o una queja respecto a su atención médica y presentar una apelación o una queja respecto a los medicamentos recetados de la Parte D".

Asegúrese de pedir una "revisión acelerada". Esto significa que solicita que le respondamos en un plazo "acelerado", en lugar del plazo "estándar".

Paso 2: Realizamos una "revisión acelerada" de la decisión que hayamos tomado respecto de cuándo detener la cobertura de sus servicios.

Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las reglas para establecer la fecha de suspensión de la cobertura por nuestro plan de los servicios que estaba recibiendo.

Usaremos un plazo "acelerada" en lugar del plazo estándar para darle la respuesta a esta revisión.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de haber solicitado una "revisión acelerada" ("apelación acelerada").

- **Si respondemos que sí a su apelación acelerada,** significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Debe pagar su parte de los costos y se podrían aplicar limitaciones de cobertura).
- **Si respondemos que no a su apelación acelerada,** su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.

- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total de la atención médica.**

Paso 4: Si decimos que no a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al nivel siguiente del proceso de apelaciones.

Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas al responder que **no** a su apelación acelerada, **debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente.** Hacer esto significa que pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Durante la Apelación de Nivel 2, la Organización de Revisión Independiente revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que no a su "apelación acelerada". Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

Términos legales	El nombre formal de la "Organización de Revisión Independiente" es **"Entidad de Revisión Independiente".** A veces se conoce como **"IRE"**.

Paso 1: Reenviaremos automáticamente su caso a la Organización de Revisión Independiente

Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la Organización de Revisión Independiente **en un plazo de 24 horas** a partir de que hayamos respondido que no a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede presentar una queja informal. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. La Sección 10 de este capítulo le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La Organización de Revisión Independiente hace una "revisión acelerada" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- La **Organización de Revisión Independiente** es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una compañía que elige Medicare para actuar como una Organización de Revisión Independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la Organización de Revisión Independiente evaluarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización responde que sí** a su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestro porcentaje de los costos de la atención que haya recibido después de la fecha que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea necesaria desde el punto de vista médico, y usted debe continuar pagando su porcentaje de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura de sus servicios.
- **Si esta organización responde no** a su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.

- En la notificación que le envía la Organización de Revisión Independiente, se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluye información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la Organización de Revisión Independienterechaza su apelación, debe elegir si desea avanzar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores responden **no** a su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- En la Sección 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 del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2, encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Abajo se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que sí a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar.** Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio **en un plazo de 60 días calendario** después de 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 el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que no a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar.**

- Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo responde que **no** a su apelación, recibirá un aviso en el que se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.** Nosotros decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (Organización de Revisión Independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted si el valor del artículo o servicio médico corresponde al monto en dólares requerido.
  - Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en los 60 días calendario siguientes a que recibamos la decisión del Consejo.
  - Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
  - Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que no a su apelación, en el aviso se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Sección 9.2 – Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una Apelación de Nivel 1 y una Apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento que 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.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Abajo se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelaciones finaliza.** Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el 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.
  - Si no quiere aceptar la decisión, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo responde que **no** a su apelación, recibirá un aviso en el que se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es Sí, el proceso de apelaciones finaliza**. Lo que usted solicitó en la apelación ha sido aprobado. 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. Si las normas le permiten continuar, el aviso por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

CÓMO PRESENTAR QUEJAS

Sección 10 — Cómo presentar quejas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas

?	Si tiene un problema con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección no es para usted. En su lugar, debe seguir el proceso de decisiones y apelaciones de cobertura. Consulte la Sección 4 de este capítulo.

Sección 10.1 – ¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar quejas informales. El proceso de quejas se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. A continuación se incluyen ejemplos de los tipos de problemas que se tratan con el proceso de quejas informales.

Si tiene alguno de estos problemas, puede "presentar una queja":

- **Calidad de su atención médica**
  - ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto a su privacidad**
  - ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que considera que debería ser confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
  - ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?
  - ¿No está conforme con el trato que recibió del Servicio a los Miembros?
  - ¿Siente que lo alientan a abandonar el plan?
- **Tiempos de espera**
  - ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?
  - ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O al Servicio a los miembros u otro representante de nuestro plan?
  - Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera, en la sala de examen o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
  - ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
  - ¿Cree que no le avisamos sobre algo que debíamos informarle?
  - ¿Considera que la información escrita que le hemos entregado es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)

El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en las Sección 4 a Sección 9 de este capítulo. Si usted pide que se tome una decisión sobre la cobertura o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra demora. Vea aquí algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una "decisión acelerada sobre la cobertura" o "una apelación acelerada", y le respondimos que no, puede presentar una queja.
- Si cree que nuestro plan no cumple los plazos para tomar una decisión sobre la cobertura o darle la respuesta sobre una apelación suya, puede presentar una queja.

- Cuando se revisa una decisión sobre la cobertura que tomamos y se le indica a nuestro plan que debe cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos, se aplican determinados plazos. Si cree que no hemos cumplido con estos plazos, puede presentar una queja.
- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la Organización de Revisión Independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo estipulado, puede presentar una queja.

Sección 10.2 – El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal"

Términos legales	A lo que en esta sección se le llama **"queja"** también se le llama **"queja formal".** Otro término para **"presentar una queja"** es **"interponer una queja formal".** Otra forma para decir "uso del proceso de quejas" es **"uso del proceso para interponer una queja formal".**

Sección 10.3 – Paso a paso: Cómo presentar una queja informal

Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea telefónicamente o por escrito.

- **En general, el primer paso es llamar al Servicio a los Miembros.** Si necesita hacer algo más, el representante de Servicio a los miembros que lo atienda se lo informará. Por favor llámenos al **1-888-777-5536** (TTY **711**), los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme),** puede poner su queja por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja informal 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 proceso formal de revisión. Su queja formal debe explicar el problema, por ejemplo por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte el Capítulo 2 para saber con quién debe comunicarse en caso de tener una queja.
  - ♦ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja informal. Podemos extender nuestro plazo hasta otros 14 días calendario para tomar una decisión si nos solicita una extensión o si justificamos que requerimos información adicional y la demora lo beneficia.
  - ♦ Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión sobre la cobertura o una apelación, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión sobre la cobertura o una apelación. Debemos responder a su queja formal acelerada **en un plazo de 24 horas**.
- **Ya sea que llame o escriba, debe comunicarse de inmediato con Servicio a los Miembros.** Debe presentar la queja en un plazo de 60 días calendario después de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja.

- **Si presenta una queja porque hemos rechazado su solicitud de una "decisión rápida de cobertura" o una "apelación acelerada",** automáticamente trataremos su solicitud como una "queja acelerada". Si presenta una "queja acelerada", le responderemos **en un plazo de 24 horas**.

Términos legales	El término **"queja acelerada"** que se usa en esta sección también se llama **"queja formal rápida"**.

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 darle una respuesta durante la misma llamada. Le responderemos rápidamente si su condición médica lo requiere.
- **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 usted solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días calendario más (44 días en total) para responder su queja informal. Si decidimos tomarnos días adicionales para tomar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Le informaremos si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja. Nuestra contestación incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos darle una respuesta, ya sea que estemos o no de acuerdo con la queja informal.

Sección 10.4 – También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentar una queja sobre la calidad de la atención que haya recibido a través del proceso paso a paso explicado anteriormente.

Cuando su queja informal se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante esta organización (sin presentar la queja con nosotros).
  - La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas en atención médica a los que paga el gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare.
  - Para consultar el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado, busque en el Capítulo 2, Sección 4 de este folleto. Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ellos para resolver su queja.
- **O bien puede presentar su queja ante ambas entidades al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y también ante la Organización para la Mejora de la Calidad.

Sección 10.5 – También puede informarle 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.

Si tiene cualquier otras inquietudes u opiniones, o siente que el plan no se está ocupando de su problema, llame 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 279
Sección 1.1 – Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan 279

Sección 2 — ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 279
Sección 2.1 – Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual 279
Sección 2.2 – Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage 280
Sección 2.3 – En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía en nuestro plan durante un período de inscripción especial 280
Sección 2.4 – ¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía? 282

Sección 3 — ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 282
Sección 3.1 – En general, finaliza su membresía al inscribirse a otro plan 282

Sección 4 — Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 283
Sección 4.1 – Hasta el momento en que finalice su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan 283

Sección 5 — En ciertas situaciones, debemos cancelar su membresía en nuestro plan 284
Sección 5.1 – ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en nuestro plan? 284
Sección 5.2 – No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud 284
Sección 5.3 – Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan 285

Sección 1 — Introducción

Sección 1.1 – Este capítulo se centra en la cancelación de su membresía en nuestro plan

Se puede cancelar su membresía con nuestro plan de forma voluntaria (por elección suya) o de forma involuntaria (cuando usted no toma la decisión):

- **Podría dejar de participar en el plan porque ha decidido que quiere dejarlo.**
  - Solo hay ciertas épocas durante el año, o ciertas situaciones, en las que puede cancelar voluntariamente su membresía en nuestro plan. La Sección 2 de este capítulo le informa cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan.
  - El proceso para cancelar voluntariamente su membresía varía según el tipo de cobertura nueva que elija. En la Sección 3 de este capítulo se explica cómo cancelar su membresía en cada situación.
- También hay situaciones limitadas en las que no elige irse, pero estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 de este capítulo le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted cancela su membresía en nuestro plan, debe seguir recibiendo atención médica a través de nuestro plan hasta que finalice su membresía.

Sección 2 — ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Puede cancelar su membresía en nuestro plan solo durante ciertos momentos del año, conocidos como períodos de inscripción. Todos los miembros pueden dejar de participar en nuestro plan durante el período de inscripción anual y durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage. En ciertas situaciones, es posible que cumpla los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros momentos del año.

Sección 2.1 – Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual

Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual (también conocido como el "período de inscripción abierta anual"). En esta etapa, debe analizar su cobertura de atención médica y de medicamentos a fin de tomar una decisión sobre su cobertura para el año siguiente.

- **¿Cuándo es el período de inscripción anual?** Tiene lugar del 15 de octubre al 7 de diciembre.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período de inscripción anual**? Puede elegir mantener su cobertura actual o modificar su cobertura para el año siguiente. Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir alguno de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare **con** un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
  - O bien, Original Medicare sin un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.

- **Si obtiene "Beneficio Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Original Medicare 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.
- **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. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía 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.**

- **¿Cuándo es el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Tiene lugar todos los años, del 1 de enero al 31 de marzo.
- **¿A qué tipo de plan puede cambiarse durante el período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage?** Durante este período, puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Cancelar su afiliación a 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.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará el primer día del mes posterior a que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o a que hayamos recibido su solicitud de cambio a Original Medicare. Si elige inscribirse en un plan de medicamentos 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 podrían reunir los requisitos para cancelar su membresía en nuestro plan en otros períodos del año, conocidos como períodos de inscripción especial. Esto se conoce como período de inscripción especial.

- **¿Quién cumple con los requisitos para un período de inscripción especial?** Si alguna de las siguientes situaciones se aplica a 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 hogar para ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).
- Si se inscribe en el Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE).
- **Nota:** Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

- **¿Cuándo son los períodos de inscripción especial?** Los períodos de inscripción varían según su situación.
- **¿Qué puede hacer?** Para saber si reúne los requisitos de un período de inscripción especial, llame a Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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. Esto significa que puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
  - Otro plan de salud de Medicare. (Puede elegir un plan que cubra los medicamentos recetados o uno que no los cubra).
  - Original Medicare **con** un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
  - O bien, Original Medicare **sin** un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.
    - **Si obtiene "Beneficio Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados:** Si usted se cambia a Original Medicare 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.
  - **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. (Cobertura "acreditable" significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.
- **¿Cuándo finalizará su membresía?** Su membresía finalizará usualmente el primer día del mes siguiente al mes en que recibamos su solicitud de cambio de plan.

Sección 2.4 – ¿Dónde puede obtener más información sobre los períodos en los que puede cancelar su membresía?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía:

- Puede llamar a **Servicio a los Miembros** (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto).
- Puede encontrar la información en el manual **Medicare y Usted** 2022.
  - Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia del manual **Medicare y Usted** para 2022 todos los años en la temporada de otoño. Los miembros nuevos de Medicare lo reciben en menos de un mes tras inscribirse.
  - También puede descargar una copia del sitio web de Medicare (**www.medicare.gov**). O puede pedir una copia impresa si llama a Medicare, al número que aparece a continuación.
- Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Sección 3 — ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 3.1 – En general, finaliza su membresía al inscribirse a otro plan

Normalmente, para cancelar su membresía en nuestro plan, simplemente debe inscribirse en otro plan de Medicare durante uno de los períodos de inscripción (consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre los períodos de inscripción). Sin embargo, si desea cambiarse a Original Medicare sin un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe pedir la cancelación de su inscripción en nuestro plan. Hay dos maneras de solicitar la cancelación de la inscripción:

- Puede hacer una solicitud por escrito. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).
- O puede comunicarse con Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

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. (Cobertura “acreditable” significa que se espera que la cobertura pague, en promedio, por lo menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare). Consulte el Capítulo 1, Sección 5, para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que usted debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare.	• Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare. • Se cancelará automáticamente su membresía en nuestro plan cuando inicie la cobertura de su nuevo plan.
Original Medicare con un plan adicional de medicamentos recetados de Medicare.	• Inscríbase 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.
Original Medicare sin un plan independiente 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 seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía, consulte la Sección 5 del Capítulo 1.	• Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción. Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). • También puede comunicarse con Medicare, 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 servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Sección 4.1 – Hasta el momento en que finalice su membresía, seguirá siendo miembro de nuestro plan

Si usted abandona nuestro plan, es posible que la finalización de su membresía y la entrada en vigor de la nueva cobertura de Medicare tarden un tiempo. (Consulte la Sección 2 de este capítulo para obtener información sobre cuándo comienza su nueva cobertura). Durante ese tiempo, debe continuar obteniendo los servicios de atención médica y los medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- **Debe seguir usando las farmacias de la red para surtir sus recetas hasta que finalice su membresía en nuestro plan.** En general, solo cubrimos sus medicamentos recetados si usa una farmacia de la red, incluido el servicio de pedidos por correo.
- Si el día que finaliza su membresía usted está hospitalizado, nuestro plan, en general, cubrirá los gastos hasta que reciba el alta hospitalaria (incluso si es dado de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

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, debe llamar a Servicio a los Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está en nuestra área de servicio. Los números de teléfono de Servicio a los Miembros están impresos en la contraportada de este folleto.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si no es ciudadano de los Estados Unidos ni tiene presencia legal en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que proporcione cobertura de medicamentos de venta con receta.
- Si intencionalmente nos proporciona información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esos datos afectan su elegibilidad para este. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, que nos dificulte brindarle atención médica a usted y otros miembros de nuestro plan. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si usted permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en nuestro plan por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, Medicare podría pedir que el Inspector General investigue su caso.
- Si debe pagar el monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su afiliación a nuestro plan y usted perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía:

- También puede llamar a Servicio a los Miembros para obtener más información (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto).

Sección 5.2 – No podemos pedirle que deje nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud

No estamos autorizados a pedirle que abandone nuestro plan por ninguna razón relacionada con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le pedimos que cancele su membresía por una razón relacionada con su salud, debe llamar a Medicare, al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Sección 5.3 – Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos explicarle por escrito las razones por las que lo hicimos. Además, debemos explicarle cómo puede presentar una queja o una queja formal sobre nuestra decisión de finalizar la membresía. En el Capítulo 9, Sección 10, puede obtener más información sobre cómo presentar una queja.

Capítulo 11 — Notificaciones legales

Sección 1 — Aviso sobre la ley aplicable 287

Sección 2 — Aviso sobre la no discriminación 287

Sección 3 — Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare 287

Sección 4 — Administración de esta Evidencia de Cobertura 288

Sección 5 — Solicitudes y declaraciones 288

Sección 6 — Cesiones 288

Sección 7 — Honorarios y gastos de abogados y defensores 288

Sección 8 — Coordinación de beneficios 288

Sección 9 — Responsabilidad del empleador 289

Sección 10 — Evidencia de Cobertura que obliga a los miembros 289

Sección 11 — Responsabilidad de agencias gubernamentales 289

Sección 12 — Exención de responsabilidad de los miembros 289

Sección 13 — Sin exención 289

Sección 14 — Avisos 289

Sección 15 — Recuperación de pagos en exceso 290

Sección 16 — Responsabilidad civil de terceros 290

Sección 17 — Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU. 291

Sección 18 — Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador 291

Sección 19 — Maternidad subrogada 292

Sección 1 — Aviso sobre la ley aplicable

Diversas leyes se aplican a esta **Evidencia de Cobertura**, además de que se podrían aplicar otras disposiciones, según lo requiera la ley. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no se describen ni se explican en el presente documento. La principal ley que regula este documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas establecidas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS, en virtud de la Ley del Seguro Social. También pueden aplicarse otras leyes federales y, en ciertas circunstancias, las leyes del estado donde usted vive.

Sección 2 — Aviso sobre la no discriminación

Nuestro plan está sujeto a leyes que protegen a nuestros miembros contra la discriminación y el trato injusto. No discriminamos a ninguna persona por su raza, grupo étnico, país de origen, color, religión, sexo, género, edad, incapacidad física o mental, estado de salud, historial de reclamaciones, expediente médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes de Medicare Advantage, como nuestro plan, deben respetar las leyes federales contra la discriminación, entre ellas el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley contra la Discriminación por Edad de 1975, la Ley para Estadounidenses con Incapacidades, la Sección 1557 de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles, todas las leyes que se apliquen a organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se apliquen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información al respecto o tiene alguna inquietud relacionada con la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services)** al **1-800-368-1019** (TTY: **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para tener acceso a la atención, llame al Servicio a los Miembros (los números de teléfono figuran en la contraportada de este folleto). Si tiene alguna queja, como algún problema relacionado de acceso en silla de ruedas, Servicio a los Miembros puede ayudarle.

Sección 3 — Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recaudar fondos para los sevicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente Medicare Advantage, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de los CMS de las subsecciones B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Sección 4 — Administración de esta Evidencia de Cobertura

Podríamos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de esta **Evidencia de Cobertura**.

Sección 5 — Solicitudes y declaraciones

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 — Cesiones

No puede ceder esta **Evidencia de Cobertura** ni los derechos, intereses, reclamaciones por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Sección 7 — Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable por los propios gastos y honorarios, lo cual incluye honorarios de abogados, defensores y otros gastos, salvo que la ley exija lo contrario.

Sección 8 — Coordinación de beneficios

Tal como se describe en el Capítulo 1 (Sección 10), “Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan”, si tiene otro seguro, se le solicita que lo use en combinación con su cobertura como miembro de Kaiser Permanente Medicare Advantage para pagar la atención que recibe. Esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. Recibirá atención con cobertura de los proveedores de la red como de costumbre y otras coberturas que tenga sencillamente ayudarán a pagar la atención que usted reciba.

Si su otra cobertura es el pagador principal, a menudo saldará su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que el pagador principal nos atribuyó es enviado directamente a usted, la ley de Medicare le requiere que nos dé este pago primario a nosotros. Para obtener más información sobre los pagos primarios en situaciones de responsabilidad 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 los 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 servicios que se deben recibir solo de una agencia gubernamental por requisito de la ley, no pagaremos dichos servicios a esta agencia, y si los cubrimos, tendremos derecho a recuperar de la agencia gubernamental el valor de los servicios.

Sección 12 — Exención de responsabilidad de los miembros

Nuestros contratos con los proveedores de la red especifican que usted no es responsable de ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es responsable del costo de servicios no cubiertos que reciba de proveedores de la red o que no pertenecen a la red.

Sección 13 — Sin exención

En caso de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta **Evidencia de Cobertura**, esto no constituirá una renuncia a dicha disposición ni a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento estricto de las disposiciones.

Sección 14 — Avisos

Enviaremos nuestras notificaciones a la dirección más reciente que tengamos. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Si se muda, llame lo antes posible al Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto) y al Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY: **1-800-325-0778**) para indicar su nuevo domicilio.

Sección 15 — Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos realizado por concepto de servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los servicios.

Sección 16 — Responsabilidad civil de terceros

Como se indica en el Capítulo 1, Sección 10, los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos 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, se nos subrogarán 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 la cantidad 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 reclamación 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
A la atención de: Departamento de Servicios Financieros para Pacientes.
2101 East Jefferson Street
Rockville, Maryland 20852

A fin de poder determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, usted deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, exención, autorización, cesión y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención dando instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, 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 una reclamación 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 hubiese sido usted quien presentara la reclamación contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho a ejecutar nuestro derecho de retención y otros derechos.

Sección 17 — Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

En el caso de los servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento tales servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

Sección 18 — Beneficios por responsabilidad civil del empleador o compensación del trabajador

Como se indica en el Capítulo 1, Sección 10, 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 Workers's Compensation (seguro de los trabajadores) 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 a la compensación del trabajador o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios cubiertos incluso si no está claro que tiene derecho a recibir el Beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un Beneficio financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio financiero.
- De usted, en la medida en que un beneficio financiero se brinda o es pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el beneficio financiero conforme a cualquiera de las leyes del seguro de los trabajadores o de la responsabilidad civil del empleador.

Sección 19 — Maternidad subrogada

En los casos en que una miembro recibe una compensación monetaria para tener un embarazo por encargo (surrogate), 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 y/o el parto. Un acuerdo de embarazo por encargo de terceros es aquel en que una mujer accede a quedar embarazada y entregar el 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 suplementarios opcionales que puede comprar durante el período de inscripción anual y otros plazos limitados. **Este paquete de beneficios suplementarios incluye beneficios de atención dental, audífonos y artículos para la visión** por una prima mensual adicional que se suma a la prima del plan Kaiser Permanente Medicare Advantage (consulte el Capítulo 4, Capítulo 4Sección 2.2, para obtener más información).

Asignación: Monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un concepto o servicio. Si el costo del o de los conceptos 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.

Período de inscripción anual: Período establecido en cada otoño durante el cual los miembros pueden cambiar de plan de salud o de medicamentos, o cambiarse a Original Medicare. El período de inscripción anual es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

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. Por ejemplo, puede solicitar una apelación si no pagamos un medicamento, artículo o servicio que cree que debería poder recibir. El Capítulo 9 explica las apelaciones, incluido el proceso involucrado en la presentación de una apelación.

Facturación de saldos: Cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente un monto que supera el costo compartido que permite el plan. Como miembro de nuestro plan, solo tiene que pagar su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores “facturen 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 es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada y finaliza cuando transcurren 60 días consecutivos sin que reciba atención para pacientes hospitalizados (o atención en un SNF). Si usted ingresa en un hospital o en una instalación de enfermería especializada después de que finalizó un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. No hay límite de cantidad de períodos de beneficios que puede tener.

Beneficio máximo: El monto de los Cargos del plan que nuestro plan pagará durante el año calendario por los servicios cubiertos por el beneficio “Medicare Explorer de Kaiser Permanente” descrito en el Cuadro de Beneficios Médicos del Capítulo 4. Una vez que se haya alcanzado el monto máximo de beneficios, deberá pagar el costo compartido completo para estos servicios durante el resto del año calendario. Los copagos y coseguros que paga por los servicios cubiertos no se aplican al monto máximo de beneficios.

Medicamento de marca: Un medicamento recetado que fabrica y comercializa la compañía farmacéutica que lo investigó y desarrolló originalmente. Los medicamentos de marca tienen fórmulas con el mismo principio activo que la versión genérica. Sin embargo, otros fabricantes producen y venden los medicamentos genéricos, que en general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapa de Cobertura para Catástrofes: La etapa de beneficios de medicamentos de Medicare Parte D en la que debe pagar un copago o coseguro bajo por sus medicamentos una vez que usted o terceros autorizados hayan gastado en su nombre $**7,050** en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): La agencia federal que administra Medicare. El Capítulo 2 explica cómo ponerse en contacto con CMS.

Coseguro: Un monto que podría tener que pagar como su porcentaje del costo por servicios o medicamentos recetados. Generalmente, el coseguro es un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de los Cargos del Plan.

Queja: El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal". El proceso de quejas se utiliza únicamente para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Consulte también "Queja formal" en esta lista de definiciones.

Lista completa de medicamentos recetados disponibles (o "Lista de Medicamentos"): Una lista de medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan. Nosotros seleccionamos los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. e incluimos opciones tanto de marca como genéricas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) Un centro de atención que proporciona principalmente servicios de rehabilitación tras una enfermedad o lesión, y ofrece una variedad de servicios, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla o del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno familiar.

Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB): La coordinación de beneficios es una cláusula que se usa para establecer el orden en que se pagan las reclamaciones cuando usted tiene otro seguro. Si tiene Medicare u otro seguro o cobertura de salud, 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, podría haber un tercer pagador. Consulte el Capítulo 1 (Sección 10) y el Capítulo 11 (Sección 8) para más información.

Copago: Una cantidad que se le puede pedir que pague como su parte del costo del servicio o suministro médico, como una consulta al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. El copago es una cantidad fija y no un porcentaje. Por ejemplo, podría pagar $10 o $20 por una consulta al médico o un medicamento recetado receta.

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. 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. **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 artículos que se solicitan con anticipación, debe pagar el costo compartido vigente en la fecha en la que se hace el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en que lo recibe) y es posible que deba pagar el costo compartido cuando se 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, cuanto mayor es el número del nivel de costo compartido, mayor es su costo del 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 esta le informa de que el medicamento no tiene cobertura en su 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 denominan "decisiones sobre la cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Medicamentos cubiertos: El término que usamos para referirnos a los medicamentos recetados que tienen cobertura por parte de nuestro plan.

Servicios cubiertos: El término general 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 hogar para ancianos, centro de cuidados paliativos u otro centro de atención cuando no se necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia es asistencia personal que pueden proporcionar las personas que no tienen capacitación ni habilidades profesionales, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, levantarse de la cama o acostarse, ponerse de pie o sentarse, moverse e ir al

baño. Además , puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas hacen por sí mismas, como ponerse gotas en los ojos. Medicare no paga la atención de custodia.

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 "tasa de costos compartidos diaria" es de $1 diarios. Esto significa que paga $1 por cada día de suministro cuando surte su receta.

Deducible: Cantidad que debe pagar por la atención médica o las recetas médicas antes de que nuestro plan comience a pagar.

Desafiliarse o cancelación de la afiliación: Proceso de finalización de su membresía en nuestro plan. La cancelación de la afiliación puede ser voluntaria (por elección suya) o involuntaria (cuando usted no toma la decisión).

Tarifa por entrega: Tarifa impuesta cada vez que se surten medicamentos cubiertos para pagar el costo de surtir una receta médica. La tarifa por entrega cubre costos como el tiempo que lleva el farmacéutico en preparar y envasar el medicamento recetado.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Entre los ejemplos, se incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: Situación en la que usted u otra persona prudente sin experiencia profesional, pero con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida, de una extremidad o de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una condición médica que empeora rápidamente.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que (1) presta un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y (2) necesarios para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

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 del organismo; o
- 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 determinación de cobertura que, en caso de ser aprobada, le permite obtener un medicamento que no forma parte de la lista de medicamentos recetados disponibles del patrocinador del plan (una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles), o un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción en el nivel de costos compartidos).

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.

Lista de medicamentos recetados disponibles: Lista de los medicamentos de Medicare Parte D que cubre nuestro plan.

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 que hace sobre nosotros, incluyendo la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura

Auxiliar de salud a domicilio: El auxiliar de salud a domicilio proporciona servicios que no requieren la habilidad de un terapeuta o enfermera titulada, como ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o hacer los ejercicios recetados). Los auxiliares de salud a domicilio no cuentan con una licencia en enfermería ni proporcionan terapia.

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 del Capítulo 4, Sección 2. Cubriremos su atención médica a domicilio de acuerdo con las pautas de Medicare. La atención de salud domiciliaria puede incluir los servicios de un auxiliar de salud a domicilio si los servicios forman parte del plan de salud domiciliara para su enfermedad o lesión. Estos no están cubiertos a menos que también se le proporcione un servicio especializado cubierto. Los servicios de atención a domicilio no incluyen los servicios de limpieza, servicios de alimentos ni atención de enfermería de tiempo completo en el hogar.

Centro de cuidados paliativos: Un miembro al que le quedan 6 meses de vida o menos tiene el derecho a elegir un centro de cuidados paliativos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los centros de cuidados paliativos en su área geográfica. Si desea elegir cuidados paliativos y continuar pagando primas, aún es miembro de su plan. Aun puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, como así también los beneficios adicionales que ofrecemos. El centro de cuidados paliativos le proporcionará tratamiento especial de acuerdo con su estado.

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 usted siga siendo considerado un "paciente ambulatorio".

Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos (Income Related Monthly Adjustment, 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.

Límite de Cobertura Inicial: El límite máximo de cobertura durante la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial: Es la etapa anterior a cuando el costo total de sus medicamentos alcanza el monto de **$4,430**, 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. Por ejemplo, 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.

Kaiser Foundation Health Plan (Health Plan): Kaiser Foundation Health Plan, es una corporación sin fines de lucro y una organización de Medicare Advantage. En la **Evidencia de Cobertura** a veces se hace referencia a Plan de Salud como “nosotros” o “nos”.

Kaiser Permanente: Health Plan y Medical Group.

Región de Kaiser Permanente (Región): Una organización de Kaiser Foundation Health Plan que administra un programa de servicio directo de atención médica. Cuando se encuentra fuera de nuestra área de servicio, puede recibir la atención médica necesaria desde el punto de vista médico y atención continua para condiciones crónicas de parte de proveedores designados en otra área de servicio de la región de Kaiser Permanente. Para obtener más información, consulte la Capítulo 3, Sección 2.4.

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 manejo 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 (Low Income Subsidy, LIS): Ver “Beneficio Adicional”.

Monto de gastos máximos de bolsillo: Lo máximo que usted gasta 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 sus primas del plan, Medicare Parte A y Parte B, y por los medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo de gastos de bolsillo. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.2, para obtener información sobre el monto de gastos máximos 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 bajos. Los programas de Medicaid pueden ser diferentes en cada estado, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid. Consulte el Capítulo 2, Sección 6, para obtener información sobre cómo comunicarse con Medicaid en su estado.

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 cubren la 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 sustentado en ciertos libros de referencia. Consulte el Capítulo 5, Sección 3, para obtener más información acerca de las indicaciones aceptadas desde el punto de vista médico.

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 terminal o que necesitan diálisis o trasplante de riñón). Las personas con Medicare pueden obtener su cobertura de salud de Medicare a través de Original Medicare, un plan PACE o Medicare Advantage.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: Un período establecido cada año 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 período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage es del 1 de enero hasta el 31 de marzo y también está disponible por un período 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 un plan de una HMO, una PPO, un plan de Pago por Servicio Privado (PFFS) o un plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA) de Medicare. Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no los paga Original Medicare. En la mayoría de los casos, los Planes de Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados.** Todas las personas que tienen Medicare Parte A y Parte B cumplen con los requisitos para unirse a cualquier plan de salud de Medicare Advantage ofrecido en su área.

Programa de Descuento de la Etapa de Intervalo en la Cobertura de Medicare: Un programa que proporciona descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa de Intervalo en la Cobertura y que todavía no reciben “Beneficio Adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y algunos fabricantes de medicamentos. Por este motivo, casi todos (pero no todos) los medicamentos de marca tienen descuento.

Servicios cubiertos por Medicare: Servicios cubiertos por Medicare Parte A y Parte B. Todos los planes de salud de Medicare, incluido nuestro plan, deben cubrir todos los servicios que cubren Medicare Parte A y Medicare Parte B.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tiene contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. El término incluye todos los planes Medicare Advantage, planes Medicare Cost, programas de demostración o piloto, y programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, 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 Suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los "espacios" de Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo funcionan con Original Medicare (Un plan 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 (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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. Consulte el Capítulo 2 para obtener información sobre cómo comunicarse con Servicio a los Miembros.

Farmacia de la red: Farmacia en la que los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. Las llamamos "farmacias de la red" porque tienen un contrato con nuestro plan. En la mayoría de los casos, solo se cubren sus recetas médicas si se surten en una de las farmacias de 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 que usamos para designar a los médicos, otros profesionales de atención médica (incluidos, entre otros, asistentes médicos, enfermeros con práctica médica y enfermeros), hospitales y otros centros de atención médica que están acreditados o certificados por Medicare y el estado para proporcionar servicios de atención para la salud. Los llamamos "proveedores de la red" cuando tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como la totalidad del pago por los servicios prestados y, en algunos casos, para coordinar y proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Pagamos a los proveedores de la red conforme al acuerdo que hayan celebrado y siempre que acepten proporcionarle los servicios cubiertos por el plan. También hacemos referencia a estos proveedores como "proveedores del plan".

Determinación de la organización: La organización del plan Medicare Advantage toma una determinación de la organización cuando decide si los conceptos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los conceptos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones sobre la cobertura" en este folleto. El Capítulo 9 explica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

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 que no pertenece a la red: Farmacia que no tiene contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. Según se describe en esta **Evidencia de Cobertura**, la mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias que no pertenecen a la red no tienen cobertura a través de nuestro plan a menos que se apliquen determinadas condiciones (consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información).

Proveedor que no pertenece a la red o centro de atención que no pertenece a la red: Un proveedor o centro de atención con el que no hemos acordado coordinar o proporcionar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores que no pertenecen a la red son proveedores que no son empleados del plan, no pertenecen al plan, no los opera el plan ni tienen un contrato con este para brindarle a usted los servicios cubiertos. En el Capítulo 3 de este folleto se explica cómo usar a los proveedores o los centros de atención que no pertenecen a la red.

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.

Plan PACE: Un plan del Programa de Atención Integral para las Personas de la Tercera Edad (PACE) combina servicios médicos, sociales y cuidados a largo plazo (LTC) 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 hogar para ancianos) durante el tiempo que sea posible, mientras reciben atención de alta calidad. 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. (Para una fácil referencia, llamaremos "Parte D" al programa de beneficios de medicamentos recetados).

Medicamentos de la Parte D: Medicamentos que la Parte D puede cubrir. Podemos o no ofrecer todos los medicamentos de la Parte D. (Consulte en la lista de medicamentos del plan la lista específica de medicamentos cubiertos). El Congreso excluyó específicamente de la Parte D la cobertura de ciertas categorías de medicamentos.

Penalización por inscripción tardía en la Parte D: Una cantidad que se agrega a su prima mensual de la cobertura de Medicare para medicamentos si usted se queda sin cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar para medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más luego de que resulta elegible por primera vez para ingresar a un plan de la Parte D. Usted paga esta cantidad mayor mientras tenga un plan de medicamentos de Medicare. Existen

algunas excepciones. Por ejemplo, si recibe "Beneficio Adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, no pagará la penalización por inscripción tardía.

Plan: Kaiser Permanente Medicare Advantage.

Cargos del Plan: Cargos del Plan se refiere a lo siguiente:

- En el caso de servicios prestados por el Grupo Médico o los hospitales del plan, los cargos en el cronograma de Health Plan 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 Medical Group 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 Plan de Salud).
- Los cargos por cualquier otro servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los servicios o, si Kaiser Permanente resta los costos compartidos de sus pagos, el monto que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado los costos compartidos.

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 condición 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 condición 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 de la red.

Prima: Pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica para la cobertura de atención médica y medicamentos recetados.

Médico de cabecera (Primary Care Provider, PCP): Su médico de cabecera es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero por problemas de salud. Se asegura de que usted reciba la atención que necesita para mantenerse sano. También puede hablar sobre su atención con otros médicos o proveedores de atención médica y referirlo a ellos. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su médico de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica. Consulte el Capítulo 3, Sección 2.1, para obtener información sobre los proveedores de atención médica primaria.

Autorización previa: Aprobación anticipada para obtener servicios o ciertos medicamentos que pueden estar o no en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Algunos servicios médicos dentro de la red son cubiertos solo si su médico u otro proveedor de la red obtiene una "autorización previa" de nuestro plan. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 y descrito en el Capítulo 3, Sección 2.3. Algunos medicamentos solo tienen cobertura si su médico u otro proveedor de la red obtienen una "autorización previa" de parte nuestra. Los medicamentos cubiertos que requieren autorización previa se detallan en la lista de medicamentos recetados disponibles.

Prostética y ortopedia: Se trata de dispositivos médicos que le solicita el médico u otro proveedor de atención médica. Los conceptos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para los brazos, la espalda y el cuello, extremidades artificiales, ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una función o una parte interna del cuerpo, lo que incluye suministros para ostomía y terapia nutricional entérica y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (Quality Improvement Organization, 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. Consulte el Capítulo 1, Sección 4 para obtener información sobre cómo comunicarse con la QIO de su estado.

Servicios de Rehabilitación: Estos servicios incluyen la fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Área de servicio: Área geográfica en la que el plan de salud acepta a los miembros si este limita la membresía según el lugar en el que viven las personas. En el caso de los planes que restringen los médicos y hospitales que podría usar, generalmente es el área donde puede obtener servicios de rutina (servicios que no son de emergencia). Nuestro plan puede cancelar su membresía si usted se muda permanentemente fuera de nuestra área de servicio.

El área de servicio de la Región de los Estados del Atlántico Medio se describe en el Capítulo 1, Sección 2.3. En lo relativo a primas, costos compartidos, inscripción y cancelación de la inscripción, son varios los planes de Kaiser Permanente Medicare Advantage en nuestra área de servicio de la región que se describen en esta **Evidencia de Cobertura**. Sin embargo, para obtener los servicios cubiertos, obtiene atención de proveedores de la red en cualquier lugar de nuestra área de servicio de la región.

Servicios: Artículos o servicios de atención para la salud.

Atención en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, 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 en centros de enfermería especializada 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 período 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 hogar para ancianos 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 recetados disponibles.

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 suplementarios del Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): Beneficio mensual que el Seguro Social paga a personas de bajos ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, están ciegas o de 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios necesarios con urgencia: Los servicios necesarios con urgencia se proporcionan para tratar una situación que no es de emergencia o una enfermedad, lesión o condición imprevista que requiere atención médica inmediata. Los servicios de urgencia pueden ser proporcionados por proveedores de la red o que no pertenecen a la red cuando los proveedores de la red no estén disponibles o no se pueda acceder a ellos de manera temporal.

KAISER PERMANENTE®

Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente Medicare Advantage

MÉTODO	Servicio a los Miembros: información de contacto
TELÉFONO	**1-888-777-5536** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablen inglés.
LÍNEA TTY	**711** Las llamadas a este número no tienen costo. Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
CORREO POSTAL	Kaiser Permanente Servicio a los Miembros Nine Piedmont Center 3495 Piedmont Road NE Atlanta, GA 30305-1736
SITIO WEB	**kp.org**

Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para dar asesoramiento gratuito sobre los seguros locales a personas que tienen Medicare. Consulte el Capítulo 2, Sección 3 para obtener información de contacto del SHIP.

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.