KelseyCare Advantage
GOLD freedom
(HMO-POS)

# 2023 EVIDENCIA DE COBERTURA

1-866-535-8343 (TTY: 711) | www.KelseyCareAdvantage.com

H0332_004EOC23_C

**Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2023**

# Evidencia de cobertura:

## Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos con receta de Medicare como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom (HMO-POS)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

**Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 y obtenga más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.**

Este plan, KelseyCare Advantage Gold Freedom, es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC (que opera bajo el nombre de KelseyCare Advantage). (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice "nosotros", "nos" o "nuestro/a", hace referencia a KS Plan Administrators, LLC. Cuando dice "plan" o "nuestro plan", hace referencia a KelseyCare Advantage Gold Freedom).

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, si lo solicita.

Los beneficios, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2024.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos los cambios a las personas inscritas que han sido afectadas con al menos 30 días de antelación.

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender acerca de:

- La prima y el costo compartido de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento;
- Cómo ponerse en contacto con nosotros si necesita ayuda adicional; y,
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

H0332_004EOC23_C

OMB Approval 0938-1051 (Expires: February 29, 2024)

# Evidencia de cobertura de 2023

## Índice

**CAPÍTULO 1: *Primeros pasos como miembro* ..... 5**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 6
SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan? ..... 7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá ..... 8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para KelseyCare Advantage Gold Freedom ..... 11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual ..... 14
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan ..... 16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan ..... 17

**CAPÍTULO 2: *Números de teléfono y recursos importantes* ..... 19**

SECCIÓN 1 Contactos de KelseyCare Advantage Gold Freedom (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros) ..... 20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare) ..... 25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare) ..... 26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad ..... 27
SECCIÓN 5 Seguro Social ..... 28
SECCIÓN 6 Medicaid ..... 29
SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta ..... 30
SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios ..... 33
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador? ..... 34

**CAPÍTULO 3: *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos* ..... 35**

SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan ..... 36
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica ..... 38
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre ..... 42
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? ..... 44
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”? ..... 45

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica" ..... 47
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero ..... 48

**CAPÍTULO 4: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)* ..... 50**

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos ..... 51
SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar ..... 53
SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan? ..... 120

**CAPÍTULO 5: *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D* ..... 124**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 125
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan ..... 125
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan ..... 130
SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos ..... 132
SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera? ..... 134
SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos? ..... 137
SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan? ..... 140
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta ..... 141
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales ..... 142
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos ..... 144

**CAPÍTULO 6: *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D* ..... 147**

SECCIÓN 1 Introducción ..... 148
SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento ..... 151
SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra ..... 151
SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. ..... 153
SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte ..... 154
SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura ..... 159

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos ....160

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga....160

**CAPÍTULO 7: *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos* .... 163**

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos....164

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió ....167

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no....167

**CAPÍTULO 8: *Sus derechos y responsabilidades* .... 169**

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan ....170

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan....185

**CAPÍTULO 9: *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)* .... 187**

SECCIÓN 1 Introducción ....188

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada ....188

SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema? ....189

SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones....190

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura ....194

SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación....202

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto ....213

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto ....221

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá....227

SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes ....230

**CAPÍTULO 10: *Cancelación de su membresía en el plan* ..... 235**

SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan .....236

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? .....236

SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?.....239

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan .....240

SECCIÓN 5 KelseyCare Advantage Gold Freedom debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones.....240

**CAPÍTULO 11 *Avisos legales* ..... 242**

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes.....243

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación.....243

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare .....243

**CAPÍTULO 12 *Definiciones de palabras importantes* ..... 244**

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

## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Usted está inscrito en KelseyCare Advantage Gold Freedom, que es un plan HMO de Medicare con opción de punto de servicio

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura para medicamentos con receta y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, KelseyCare Advantage Gold Freedom. Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan difieren de los de Original Medicare.

KelseyCare Advantage Gold Freedom es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) con opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que usted puede utilizar proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio).

**La cobertura según este plan califica como Cobertura médica calificada (Qualifying Health Coverage, QHC)** y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud de Bajo Costo (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA). Para obtener más información, visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) en www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families .

### Sección 1.2 ¿De qué trata el documento *Evidencia de cobertura*?

Este documento de *Evidencia de cobertura* describe cómo puede obtener su atención médica y sus medicamentos con receta. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, la parte que le corresponde pagar a usted como miembro del plan y cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con una decisión o tratamiento.

Los términos “cobertura” y “servicios cubiertos” hacen referencia a la atención, los servicios médicos y los medicamentos con receta a su disposición como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom.

Es importante que sepa cuáles son las normas del plan y cuáles son los servicios que están a su disposición. Le recomendamos que dedique un tiempo a leer este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si hay algún tema que lo confunde o le preocupa, o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

### Sección 1.3 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo KelseyCare Advantage Gold Freedom cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en KelseyCare Advantage Gold Freedom desde el 1 de enero de 2023 hasta el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de KelseyCare Advantage Gold Freedom después del 31 de diciembre de 2023. También podemos decidir dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar KelseyCare Advantage Gold Freedom cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare cada año como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

## SECCIÓN 2 ¿Qué requisitos son necesarios para ser miembro del plan?

### Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

*Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:*

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área de servicio geográfica (la Sección 2.2, que se encuentra más abajo, describe el área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano estadounidense o esté legalmente presente en los Estados Unidos.

### Sección 2.2 Esta es el área de servicio del plan para KelseyCare Advantage Gold Freedom

KelseyCare Advantage Gold Freedom se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris y Montgomery. Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en Texas: Galveston, solamente los siguientes códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77563, 77565, 77568, 77573, 77590 y 77591.

Si tiene pensado mudarse fuera del área de servicio, no podrá continuar siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para los miembros para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, 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 disponible en su nueva ubicación.

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

### Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Los miembros de los planes de salud de Medicare deben ser ciudadanos estadounidenses o estar legalmente presentes en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a KelseyCare Advantage Gold Freedom si no puede seguir siendo miembro por este motivo. KelseyCare Advantage Gold Freedom debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

## SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros que recibirá

### Sección 3.1 Su tarjeta de miembro del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, deberá usar su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si corresponde. A continuación, encontrará un modelo de la tarjeta de miembro para que tenga una idea de cómo será la suya:

KelseyCare Advantage
Gold Freedom
HMO-POS
Name
MEMBER NAME
ID Number - 123450000
Issuer (80840) 9210567898
Policy # H0332
PCP:
PCP $X, Specialist $XX
ER $XXX, Urgent Care $XX
MOOP $XXXX / $XXXXX, Deductible $X
RxBin: XXXXXX
RxPCN: XXXXXXX
RxGroup: XXXXXX
MedicareRx
Prescription Drug Coverage
H0332_<XXX>
Member Services 866-535-8343
TTY 711
Prescription Drug (CVS Caremark) 888-970-0914
VSP Member Services 800-877-7195
UBH Mental Health 800-817-4808
UM/Medical Authorization 888-684-5283
FCL Dental (Claims verification) 877-493-6282
Send Medical Claims to:
PO Box 841649 Pearland, TX 77584
Send Mental Health & Substance Abuse Claims to:
UBH – PO Box 30757 Salt Lake City, UT 84130-0757
WWW.KELSEYCAREADVANTAGE.COM


NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de KelseyCare Advantage Gold Freedom, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados “ensayos clínicos”.

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros para que le enviemos una tarjeta nueva.

## Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* enumera los proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos Un grupo médico es una asociación de médicos, incluidos los PCP, especialistas y otros proveedores de atención médica, incluyendo los hospitales, que contratan con una HMO para brindar servicios a los inscriptos. Hay Grupos Médicos que tienen círculos de remisión formales, lo que significa que sus proveedores solo refieren pacientes a otros proveedores que pertenecen al mismo grupo médico. Si se dirige a cualquier otro sitio sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentre disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que KelseyCare Advantage Gold Freedom autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Este plan tiene un beneficio de punto de servicio (POS), que cubre ciertos servicios médicamente necesarios que usted obtiene de proveedores que no pertenecen al plan. Los beneficios de POS no se aplican a las visitas a la sala de emergencia, las admisiones hospitalarias de emergencia, la atención de urgencia o la diálisis que se brindan mientras se encuentra temporalmente fuera del

área de servicio que están cubiertos en el costo compartido de la red. Cuando utiliza el beneficio de POS, usted es responsable de una mayor parte del costo de la atención. Los beneficios de POS para los servicios cubiertos tienen un coseguro o copago. Un coseguro es un porcentaje del monto de pago permitido, generalmente permitido por Medicare. Los costos que paga de su bolsillo cuando utilice sus beneficios de POS serán más altos que cuando utilice sus beneficios de la red.

Puede elegir ver a cualquier médico de Medicare dispuesto a brindarle los servicios médicos cubiertos. Es posible que algunos médicos de Medicare no estén dispuestos a verlo ni a facturar nuestro plan por servicios médicos.

Puede usar los beneficios de POS para ver a los médicos fuera de la red sin obtener una remisión.

Algunos servicios requieren una autorización previa para determinar su necesidad médica.

La atención solicitada por un médico que está viendo en virtud de sus beneficios de POS, incluso cuando se brinda en un centro de la red, estará cubierta por sus beneficios de POS y se aplicarán coseguros y copagos más altos.

El coseguro y los copagos que usted paga cuando utiliza sus beneficios de POS para servicios cubiertos cuentan para el máximo que paga de su bolsillo de $10,000 fuera de la red. Para los servicios que requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

La lista más actualizada de proveedores y distribuidores está disponible en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros.

## Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el directorio de farmacias figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede utilizar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5, para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indicará qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene el *Directorio de farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para los miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.

Ciertos medicamentos conocidos como "medicamentos preparados complejos" solo estarán cubiertos si son entregados en farmacias que hayan sido aprobados por el Comité de Revisión de Acreditación de Redes (NCRC) para entregar dichos medicamentos. Este riguroso requisito adicional es solamente para farmacias que entregan medicamentos preparados complejos. Todos los otros medicamentos (medicamentos preparados no complejos) pueden continuar con el surtido en cualquier farmacia de la red. Para obtener más información acerca de qué farmacias pueden entregar medicamentos preparados complejos, llame a Atención al cliente de CVS Caremark® gratis al 1-888-970-0914, TTY 711.

### Sección 3.4 La Lista de medicamentos cubiertos *(Formulario)* del plan

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla. Esta lista indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en KelseyCare Advantage Gold Freedom. El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de KelseyCare Advantage Gold Freedom.

La Lista de medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.kelseycareadvantage.com) o llamar a Servicios para los miembros.

## SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para KelseyCare Advantage Gold Freedom

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.3)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)

### Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual de KelseyCare Advantage Gold Freedom.

## Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

### Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

**Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para obtener la parte A sin pagar la prima.

## Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. "Cobertura acreditable para medicamentos con receta" es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en KelseyCare Advantage Gold Freedom, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

**No** tendrá que pagarla si:

- Recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Estuvo sin una cobertura acreditable por menos de 63 días consecutivos.
- Ha obtenido una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente, tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE, o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información se le puede enviar por carta o se la puede incluir en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Todo aviso deberá indicar que contaba con una cobertura "acreditable" para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare.
        - **Nota:** Las siguientes *no* son una cobertura acreditable para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos.

**Medicare determina el monto de la multa.** Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan tendrá en cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el 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 para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de $32.74.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $32.74, que es igual a $4.5836. Y se redondea en $4.60. Esta suma se agregará **a la prima mensual de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año**, ya que la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- Segundo, **usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

**Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión.** Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

**Importante:** No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de su plan.

## Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA (Income Related Monthly Adjustment Amount). El cargo adicional se calcula utilizando su

ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos de hace 2 años. Si este monto supera una determinada cantidad, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el monto adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el monto adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un monto adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para obtener más información al respecto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

## SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

### Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, existen varias formas de hacerlo

Existen tres formas de pagar la multa. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo cambiar la forma en que paga su multa.

#### Opción 1: Puede pagar con cheque

Puede decidir pagar su multa por inscripción tardía directamente a nuestro plan con cheque. Si elige pagar su multa con cheque, recibirá un estado de cuenta mensual. También puede hacer un pago en persona en 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584. Los pagos pueden hacerse con cheque o giro postal cuando paga en persona. Si paga con cheque, hágalo pagadero al plan y no a CMS o HHS. Hay un cargo de $25 cada vez que se rechaza un cheque por fondos insuficientes. Su pago debe ser recibido antes del final del mes facturado.

#### Opción 2: Puede pagar por transferencia electrónica de fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede elegir que su multa por inscripción tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debitará automáticamente de su cuenta bancaria en o alrededor del quinto día del mes y se enviará al plan. Para configurar que su pago se debite automáticamente de su cuenta, deberá completar un Formulario de autorización de transferencia electrónica de fondos (EFT). Llame a Servicios para los miembros de KelseyCare Advantage Gold Freedom para obtener una copia del formulario.

### Opción 3: Puede pedir que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuente de su cheque mensual del Seguro Social

**Puede cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D.** Si decide cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo cambiar la forma en que paga su prima del plan.

### Qué puede hacer si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Nuestra oficina debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D antes del final del mes facturado. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, nuestra oficina deberá recibir el pago antes del final del mes facturado. Si no hemos recibido su pago antes del final del mes, le enviaremos un aviso en el que le informaremos que su membresía en el plan se cancelará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada, una vez que el monto que debe exceda los $150. Si se le exige pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicios para los miembros para averiguar si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó su multa por inscripción tardía de la Parte D, Original Medicare le brindará su cobertura médica. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si supera los 63 días sin cobertura “acreditable” para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Si considera que su membresía fue cancelada por error, puede presentar una queja (también llamada reclamo). Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de haber quejas, volveremos a considerar nuestra decisión. La Sección 10 del Capítulo 9 de este documento le indica cómo presentar una queja. O puede llamarnos al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

### Sección 5.2 ¿Podemos modificar la prima mensual de su plan durante el año?

**No.** No se nos permite modificar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la modificación entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía adeudada o tener que comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la "Ayuda adicional", es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre el programa de "Ayuda adicional".

## SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Detalla la cobertura específica de su plan, incluidos el proveedor de atención primaria/grupo médico/Asociación de Prácticas Independientes (IPA).

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de costo compartido.** Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

### Infórmenos sobre las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid).
- Si existe alguna demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red

- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si está participando en un estudio de investigación clínica. **(Nota:** No tiene la obligación de informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicios para los miembros.

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

## SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

### Otros seguros

Medicare exige que le pidamos información sobre la cobertura de cualquier otro seguro médico o para medicamentos que tenga. Esto se debe a que tenemos que coordinar las demás coberturas que tenga con los beneficios que obtiene de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no está incluida en la lista, llame a Servicios para los miembros. Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), hay normas establecidas por Medicare que determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, denominado “pagador secundario”, solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar todos los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador

tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

  - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.

- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)
- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

# CAPÍTULO 2:
## *Números de teléfono y recursos importantes*

## SECCIÓN 1 Contactos de KelseyCare Advantage Gold Freedom (cómo ponerse en contacto con nosotros, lo que incluye cómo comunicarse con Servicios para los miembros)

### Cómo puede ponerse en contacto con Servicios para los miembros del plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de KelseyCare Advantage Gold Freedom. Con gusto lo ayudaremos.

| Método | Servicios para los miembros: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-866-535-8343<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.<br>Servicios para los miembros también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. |
| **FAX** | 713-442-5450 |
| **ESCRIBA A** | KelseyCare Advantage<br>ATTN: Member Services<br>P.O. Box 841569<br>Pearland, TX 77584-9832 |
| **SITIO WEB** | www.kelseycareadvantage.com |

### Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica y medicamentos con receta de la Parte D

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos con receta de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-866-535-8343<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. |
| **FAX** | 713-442-5450 |
| **ESCRIBA A** | KelseyCare Advantage<br>ATTN: Member Services<br>P.O. Box 841569<br>Pearland, TX 77584-9832 |
| **SITIO WEB** | www.kelseycareadvantage.com |

| Método | Decisiones de cobertura y apelaciones sobre los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-888-970-0914<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **FAX** | 1-855-633-7673 |
| **ESCRIBA A** | CVS Caremark®<br>P.O. Box 52000, MC109<br>Phoenix, AZ 85072-2000 |
| **SITIO WEB** | www.kelseycareadvantage.com |

### Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica y medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-866-535-8343<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. |

| Método | Quejas sobre la atención médica y los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto |
|---|---|
| **TTY** | 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. |
| **FAX** | 713-442-9536 |
| **ESCRIBA A** | KelseyCare Advantage<br>ATTN: Member Services<br>P.O. Box 841569<br>Pearland, TX 77584-9832 |
| **SITIO WEB DE MEDICARE** | Puede presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Gold Freedom directamente ante Medicare. Para presentar una queja por Internet ante Medicare, ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. |

### Dónde enviar una solicitud en la que se nos pide que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Para obtener más información, consulte el

Capítulo 9 (*Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*).

| Método | Solicitudes de pago: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | **Reclamos médicos -** 1-866-535-8343<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.<br>**Reclamos de medicamentos de la Parte D -** 1-888-970-0914<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | **Reclamos médicos -** 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.<br>**Reclamos de medicamentos de la Parte D -** 711<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **FAX** | **Reclamos médicos**<br>713-442-5450 |
| **ESCRIBA A** | **Reclamos médicos**<br>KelseyCare Advantage<br>ATTN: Member Services<br>P.O. Box 841569<br>Pearland, TX 77584-9832<br>**Reclamos de medicamentos de la Parte D**<br>CVS Caremark® Part D Services<br>P.O. Box 52066<br>Phoenix, AZ 85072-2066 |
| **SITIO WEB** | www.kelseycareadvantage.com |

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

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces denominados "CMS"). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

| Método | Medicare: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-MEDICARE o al 1-800-633-4227<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Durante las 24 horas, los 7 días de la semana. |
| **TTY** | 1-877-486-2048<br>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | www.medicare.gov<br>Este es el sitio web gubernamental oficial de Medicare. Proporciona información actualizada sobre Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. También contiene información sobre hospitales, centros de cuidados, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar la información de contacto de Medicare en su estado.<br>El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre las opciones de elegibilidad e inscripción con las siguientes herramientas:<br>• **Herramienta de elegibilidad de Medicare (Medicare Eligibility Tool):** Brinda información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. |

| Método | Medicare: información de contacto |
|---|---|
| **SITIO WEB (continuación)** | • **Buscador de planes de Medicare (Medicare Plan Finder):** Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas brindan un *valor estimativo* de los costos que podría pagar de su bolsillo en diferentes planes de Medicare.<br>También puede utilizar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de KelseyCare Advantage Gold Freedom:<br>• **Informe a Medicare sobre su queja:** Puede presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Gold Freedom directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.<br>Si no tiene una computadora, la biblioteca o el centro para personas de edad avanzada locales pueden ayudarlo a ingresar al sitio web con sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare para pedirles la información que está buscando. Ellos buscarán la información en el sitio web y la revisarán junto a usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de 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 (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados. En Texas, el SHIP se llama el Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar

quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL SHIP y A OTROS RECURSOS:

- Visite *www.medicare.gov*
- Haga clic en "**Hablar con alguien**" en el centro de la página de inicio
- Ahora cuenta con las siguientes opciones
  - Opción #1: Puede tener un **chat en vivo con un representante de 1-800-MEDICARE**
  - Opción #2: Puede seleccionar su **ESTADO** en el menú desplegable y hacer clic en IR. Esto lo llevará a una página con los números de teléfono y recursos específicos para su estado.

| Método | Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas): información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-252-9240 |
| **TTY** | 1-800-735-2989<br>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **ESCRIBA A** | 701 West 51st Street<br>MC: W352<br>Austin, TX 78751 |
| **SITIO WEB** | https://hhs.texas.gov/services/health/medicare |

## SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización para la mejora de la calidad se denomina KEPRO.

KEPRO está integrada por un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les

brinda a las personas que tienen Medicare. KEPRO es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, debe comunicarse con KEPRO:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

| Método | KEPRO (Organización para la mejora de la calidad de Texas): información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-888-315-0636<br>De lunes a viernes: de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. Fines de semana y días festivos: de 11:00 a.m. a 3:00 p.m. |
| **TTY** | 711 |
| **ESCRIBA A** | 5201 W. Kennedy Blvd.<br>Suite 900<br>Tampa, FL 33609 |
| **SITIO WEB** | https://www.keproqio.com/ |

## SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar las inscripciones en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años o más, o que tienen una discapacidad o padecen enfermedad renal terminal y cumplen con determinadas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no está recibiendo cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar la cobertura de Medicare, puede llamar al Seguro Social o dirigirse a su oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, es importante que se comunique con el Seguro Social para informar dichos cambios.

| Método | Seguro Social: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-772-1213<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.<br>Puede utilizar los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones durante las 24 horas. |
| **TTY** | 1-800-325-0778<br>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. |
| **SITIO WEB** | www.ssa.gov |

## SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid.

Los programas que se ofrecen a través de Medicaid ayudan a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos “Programas de ahorros de Medicare incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.

- **Trabajador discapacitado calificado (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (Texas Health and Human Services Commission, HHSC).

| Método | Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC): información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-252-8263 de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. hora estándar del centro |
| **TTY** | 1-800-735-2989<br>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. |
| **ESCRIBA A** | Brown-Heatly Building<br>4900 N. Lamar Blvd<br>Austin, TX 78751-2316 |
| **SITIO WEB** | https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip |

## SECCIÓN 7 Información sobre programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) ofrece información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de asistencia que se describen a continuación.

### Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su auto. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos con receta. Esta “Ayuda adicional” también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para la “Ayuda adicional” de Medicare en forma automática, le enviaremos una carta por correo. No tendrá que aplicar. Si usted no reúne los requisitos de forma automática, puede obtener “Ayuda adicional” para pagar sus primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si reúne los requisitos para recibir “Ayuda adicional”, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
- A la oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213, entre las 8:00 a. m. y las 7:00 p. m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (solicitudes); o bien a
- La oficina de Medicaid de su estado (solicitudes). (Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 6 de este capítulo).

Si cree que reúne los requisitos para recibir "Ayuda adicional" y que cuando va a la farmacia a comprar un medicamento con receta está pagando una cantidad incorrecta correspondiente al costo compartido, nuestro plan cuenta con un proceso para obtener evidencia de su nivel de copado adecuado o, si ya tiene la evidencia, proporcionárnosla.

- El plan aceptará la Mejor evidencia disponible de "Ayuda adicional" en la farmacia o a través del departamento de Servicios para los miembros. Deberá presentar la documentación que muestre ya sea la elegibilidad de Medicaid, como una tarjeta de Medicaid u otra documentación estatal que muestre la elegibilidad de Medicaid o una carta o documentación del Seguro Social que muestre que califica para recibir "Ayuda adicional". Si tiene la documentación necesaria, los copagos de sus medicamentos se ajustarán en el punto de venta. Servicios para los miembros necesitará copias de su documentación para realizar ajustes permanentes en los niveles de copago.
- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si el copago que abona es superior a lo que le correspondería pagar, le reembolsaremos la diferencia. Para ello, le enviaremos un cheque por la diferencia o haremos una compensación en los futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y lo tiene registrado como un monto que usted le adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros.

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?**

Muchos estados y las Islas Vírgenes de EE.UU. ofrecen asistencia para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) o cualquier otro programa que brinda cobertura para los medicamentos de la Parte D (que no sea la "Ayuda adicional"), aún conservará el 70% de descuento sobre los medicamentos de marca cubiertos. Además, el plan paga el 5% de los costos de los medicamentos de marca en el período sin cobertura. El 70% de descuento y el 5% que paga el plan se aplican al precio del medicamento antes que cualquier SPAP u otra cobertura.

**¿Qué ocurre si tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**
**¿Qué es el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?**

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos con receta de la Parte D de Medicare que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP, califican para la asistencia de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP).

**Nota:** Para ser elegibles para el ADAP que funciona en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, por favor notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia.

Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de Medicamentos para el VIH de Texas al 1-800-255-1090.

## Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a algunas personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

| Método | Programa para la Salud Renal de Texas (KHC): información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-800-222-3986<br>De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. |
| **TTY** | 711 |
| **ESCRIBA A** | Kidney Health Care<br>MC 1938,<br>P.O. Box 149030<br>Austin, TX 78714-9947 |
| **SITIO WEB** | https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care |

KelseyCare Advantage Gold Freedom ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo para Insulinas Selectas serán un copago de $30 a $35 por un

suministro de un mes. Consulte la Sección 6 del Capítulo 6 para obtener más información sobre su cobertura en la Etapa del período sin cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar los medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica. Puede identificar las Insulinas Selectas a través del símbolo "SI" en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento).

## SECCIÓN 8 Cómo puede ponerse en contacto con la Junta de jubilación para ferroviarios

La Junta de jubilación para ferroviarios es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

| Método | Junta de jubilación para ferroviarios: información de contacto |
|---|---|
| **LLAME AL** | 1-877-772-5772<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Si presiona "0", podrá hablar con un representante de la Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB), de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles.<br>Si presiona "1", podrá acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos. |
| **TTY** | 1-312-751-4701<br>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.<br>Las llamadas a este número *no* son gratuitas. |
| **SITIO WEB** | rrb.gov/ |

## SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro grupal” u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge). (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan.

Si tiene otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

# CAPÍTULO 3:
# *Cómo utilizar el plan para obtener servicios médicos*

## SECCIÓN 1 Datos importantes sobre cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar el plan para obtener atención médica cubierta. Aquí se ofrecen definiciones de los términos y se explican las normas que deberá cumplir para obtener los tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otros tipos de atención médica cubiertos por el plan.

Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, utilice la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]*).

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

- Los **"proveedores"** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el Estado para brindar 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 otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Hemos acordado con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los "**servicios cubiertos**" incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

### Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por su plan

Como un plan de salud de Medicare, KelseyCare Advantage Gold Freedom debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

KelseyCare Advantage Gold Freedom cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos del plan** (la tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red del plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. A esto se le denomina darle una "remisión". Para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. También hay otros tipos de cuidado que usted puede recibir sin tener la autorización previa de su PCP (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Deba recibir atención de un proveedor de la red** (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 2 de este capítulo). Este plan tiene un beneficio de punto de servicio (POS), que cubre los servicios médicamente necesarios cubiertos por Medicare que usted obtiene de médicos fuera de la red o de médicos de la red. Ciertos servicios cubiertos por Medicare requieren autorización previa. Para obtener más información, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. Es posible que algunos proveedores de Medicare no estén dispuestos a verlo ni a facturar nuestro plan por servicios médicos. Puede elegir ver a cualquier proveedor de Medicare dispuesto a brindarle los servicios detallados bajo su beneficio de POS sin una remisión para servicios médicos cubiertos. Es posible que deba obtener una autorización previa con algunos servicios para determinar si cumplen una necesidad médica. La atención solicitada por un médico que está viendo en virtud de sus beneficios de POS, incluso cuando se brinda en un centro de la red, estará cubierta por sus beneficios de POS y se aplicarán coseguros o copagos más altos. Cuando utiliza el beneficio de POS, usted es responsable de una mayor parte del costo de la atención. Para los servicios que requieren autorización previa, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios prestados. *Existen tres excepciones:*
  - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga

dentro de la red. En este caso, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.

- El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

## SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red del plan para obtener atención médica

### Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

#### ¿Qué es un “PCP” y qué hace el PCP por usted?

- **¿Qué es un “PCP”?** Un PCP es un médico en la red que se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica rutinaria y le ayudará a coordinar sus otras necesidades médicas.
- **¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como un PCP?** Generalmente, los médicos de medicina de familia y medicina interna en la red funcionarán como un PCP. Ocasionalmente, otros especialistas estarán de acuerdo con ser su PCP, si manejan su atención en general.
- **¿Cuál es el rol de un PCP en KelseyCare Advantage Gold Freedom?** Su PCP le proporcionará la atención para sus necesidades de atención rutinaria y lo asistirá para coordinar su atención. Su PCP organizará sus chequeos preventivos de atención médica, pedirá los análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico. Su PCP coordinará su atención médica clínica con los especialistas.
- **¿Cuál es el rol del PCP en coordinar los servicios cubiertos?** Su PCP lo ayudará a coordinar sus necesidades de atención médica. Coordinar su atención incluye consultar con los proveedores de su plan acerca de la atención y monitoreo de cualquier tratamiento que reciba. Su PCP puede ayudarlo a coordinar otros servicios o suministros cubiertos que pueda necesitar, como atención médica a domicilio o equipos médicos. Los especialistas también pueden ayudarlo a coordinar otros servicios.

- **¿Cuál es el rol del PCP a la hora de tomar decisiones acerca de o de obtener autorización previa, si es aplicable?** En algunos casos, es posible que su PCP u otro proveedor deba obtener la autorización por adelantado de nuestro Departamento de Gestión de Utilización para ciertos tipos de servicios o pruebas (a esto se le denomina obtener "autorización previa"). Los servicios y artículos que requieren autorización previa se encuentran en el Capítulo 4.

### ¿Cómo elige al PCP?

Usted debe elegir su PCP de la lista de médicos de Medicina de Familia o Medicina Interna que se enumeran en el *Directorio de proveedores* del plan y llamar al número principal del proveedor para solicitar una cita. Algunos PCP solo lo verán si es un paciente existente y los ha visto anteriormente.

Los servicios de un médico de atención primaria deben ser provistos por un proveedor de medicina de familia o medicina interna dentro de la red, a menos que elija usar sus beneficios de POS para ver a un proveedor fuera de la red.

### Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Además, existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Si desea cambiar de PCP, llame a Servicios para los miembros. Cada PCP del plan puede realizar remisiones a ciertos especialistas del plan y utiliza ciertos hospitales dentro de su red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija podrá determinar los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Si hay especialistas u hospitales específicos que desea utilizar, averigüe si el PCP de su plan trabaja con estos especialistas u hospitales.

Puede cambiar de PCP en cualquier momento llamando a Servicios para los miembros. El Servicio para los miembros puede ayudarlo a elegir un nuevo PCP. Debe permitir el tiempo suficiente para que el cambio en la selección del PCP entre en vigencia. Si solicita un cambio de PCP, éste entrará en vigencia el día 1 del siguiente mes.

## Sección 2.2 ¿Qué tipos de atención médica puede recibir si no obtiene la remisión de su PCP?

Puede recibir los servicios que figuran a continuación sin obtener una autorización por adelantado de su PCP.

- Atención médica de rutina para las mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de control (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre y cuando se atienda con un proveedor de la red.
- Vacunas antigripales, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre y cuando se las administre un proveedor de la red.

- Servicios de emergencia proporcionados por proveedores de la red o por proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando está transitoriamente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, comuníquese con Servicios para los miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a obtener diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera).

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

El especialista es un médico que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. A continuación, le damos algunos ejemplos:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.

**¿Cuál es el rol del PCP en remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?**

No se necesita una remisión para ver a un especialista de la red; usted puede autoremitirse a un especialista contratado de la red. Usted es responsable del monto de costo compartido dentro de la red. No se necesita una remisión para ver a un especialista fuera de la red; usted puede autoremitirse a un proveedor que participa en Medicare y está dispuesto a facturar a KelseyCare Advantage para sus servicios. Usted es responsable del monto de costo compartido fuera de la red. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener más información acerca de qué servicios requieren autorización previa.

Por lo general, su PCP o un especialista de la red solicitará autorización previa para los servicios y enviará la solicitud al departamento de Gestión de Utilización. Usted también puede comunicarse con Servicios para los miembros y solicitar autorización previa.

### ¿Qué sucede si un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan?

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para enviarle un aviso de que su proveedor dejará el plan con, al menos, 30 días de anticipación para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para que continúe ocupándose de sus necesidades de atención médica.
- Si está realizando un tratamiento médico, tiene derecho a hacer una solicitud, y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no cuenta con un especialista calificado para proveer un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir dicho servicio con un costo compartido dentro de la red. Es posible que deba obtener autorización previa.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, interponer un reclamo sobre la calidad de la atención al plan, o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

Puede usar sus beneficios de punto de servicio (POS) para obtener atención médica de cualquier proveedor de Medicare dispuesto a atenderlo sin obtener una remisión para servicios de consultorio médico. Es posible que algunos proveedores de Medicare no estén dispuestos a verlo ni a facturar nuestro plan por su atención. Pagamos la tarifa de Medicare a los proveedores fuera de la red que usted utiliza por los servicios que brindan. No se necesita autorización previa para la visita al consultorio y usted puede realizar la consulta con un médico de su elección. Es posible que deba obtener una autorización previa para determinar si el servicio cumple una necesidad médica. La atención solicitada por un médico que está viendo en virtud de sus beneficios de POS, incluso cuando se brinda en un centro de la red, estará cubierta en su totalidad por sus beneficios de POS y se aplicarán coseguros o copagos más altos. El coseguro y los copagos que usted paga cuando utiliza sus beneficios de POS para servicios cubiertos cuentan para el máximo que paga de su bolsillo de $10,000 fuera de la red. Los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare están cubiertos por su beneficio de POS. Los servicios

brindados deben estar cubiertos por las pautas de Medicare. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información acerca de los beneficios de POS.

## SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre

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

#### ¿Qué es una "emergencia médica" y qué debe hacer en caso de que se le presente esta situación?

Una "**emergencia médica**" es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. *No* es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que recurra a un médico de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. La atención de emergencia en todo el mundo también está cubierta.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llame al número de Servicios para los miembros que figura en el reverso de su tarjeta de miembro o en la contraportada de este folleto.

#### ¿Qué cobertura tiene en caso de una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos provistos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Los médicos continuarán tratándolo hasta que sus médicos

se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

### ¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el médico le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

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

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- *O bien*, la atención adicional que recibe se considera "servicios de urgencia" y usted sigue las normas para obtener esta atención de urgencia (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 3.2 más abajo).

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

### ¿Qué son los "servicios de urgencia"?

Un servicio de urgencia es una situación que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible o no es razonable obtener estos servicios de un proveedor de la red. El plan debe cubrir los servicios de urgencia prestados fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia pueden ser: i) un fuerte dolor de garganta que se produzca durante el fin de semana o ii) un brote imprevisto de una afección conocida cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio.

Para obtener información sobre los centros de atención de urgencia en la red del plan, consulte el *Directorio de proveedores* ubicado en www.kelseycareadvantage.com o comuníquese con Servicios para los miembros. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). Si tiene preguntas sobre los servicios de atención urgente fuera del horario de atención, puede llamar al centro de contacto de la Clínica Kelsey-Seybold las 24 horas al 713-442-0000 para hablar con un enfermero matriculado o un médico.

El plan brinda cobertura de emergencia en todo el mundo. Puede obtener atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. La atención de emergencia incluye visitas a la sala de emergencias, las admisiones hospitalarias de emergencia y los viajes en ambulancia hacia la sala de

emergencias. El plan generalmente no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará hasta el 100% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos, menos los copagos y coseguros. Algunos proveedores, como los cruceros, le cobrarán significativamente más que Medicare, por lo que es posible que tenga más costos que paga de su bolsillo. Los proveedores de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos pueden exigirle que pague la atención en el momento en que se brindan los servicios. Luego, tendrá que proveer los recibos y cualquier información médica al plan para el pago. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o el ingreso hospitalario de emergencia. Tampoco hay cobertura para medicamentos comprados fuera de los Estados Unidos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 4 de este documento.

### Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de su plan.

Visite el siguiente sitio web: https://www.kelseycareadvantage.com/medicare-compliance/emergency-notices para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Para obtener más información, consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

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

### Sección 4.1 Puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más de lo que le correspondía del costo compartido de su plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*) para obtener información sobre lo que debe hacer.

### Sección 4.2 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

KelseyCare Advantage Gold Freedom cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por el plan, o que han sido obtenidos fuera de la red sin autorización previa, usted es responsable de pagar el costo total de los mismos.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague después de que haya alcanzado el límite del beneficio no contarán para el monto máximo que paga de su bolsillo.

## SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren los servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?

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

Un estudio de investigación clínica (también denominado un “ensayo clínico”) es una manera que tienen los médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen requerir la participación de voluntarios en los mismos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio, y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el mismo y determinar si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están llevando a cabo. Puede participar en el estudio solo si cumple con los requisitos del estudio *y* si comprende y acepta plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, sólo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto que ha pagado. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* es necesario que nos informe, ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. *No* es necesario que los

proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan.

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare.

Si participa en un estudio que Medicare o nuestro plan *no* ha aprobado, *usted será responsable de pagar todos los costos de su participación en el estudio*.

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

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital 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 que sean consecuencia de la nueva atención.

Una vez que Medicare haya pagado la parte que le corresponde pagar por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que recibe como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, deberá presentar la documentación que demuestre el monto de costo compartido que ha pagado. Para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pagos, consulte el Capítulo 7.

*A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el costo compartido:*
Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. También supongamos que tendría que pagar $20 como su parte de los costos para este análisis según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis, y usted pagaría el copago de $20 exigido por Original Medicare. A continuación, deberá notificar a su plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación tal como la factura del proveedor. Entonces el plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto será de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios del plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, deberá presentar al mismo documentación tal como la factura del proveedor.

Cuando usted forma parte de un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted *no* participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

### ¿Desea obtener más información?

Puede obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica visitando el sitio web de Medicare o descargando la publicación "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare y los estudios de investigación clínica) que se encuentra disponible en el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una "institución religiosa de atención sanitaria no médica"

### Sección 6.1 ¿Qué es una institución religiosa de atención sanitaria no médica?

Una institución religiosa de atención sanitaria no médica es un centro que provee atención médica para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de atención de enfermería especializada va en contra de las creencias religiosas de un miembro, se brindará cobertura para su atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica. Este beneficio se brinda solo para los servicios para pacientes internados de la Parte A (servicios de atención no médica).

### Sección 6.2 Recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico "no exceptuado".

- La atención o el tratamiento médicos "no exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

- La atención o el tratamiento médicos "exceptuados" corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- La cobertura del plan por los servicios que reciba se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - *Y* debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no se cubrirá.

Se aplican límites de cobertura para pacientes hospitalizados o límites para centros de enfermería especializada dependiendo del tipo de atención que se proporcione. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

## SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

### Sección 7.1 ¿Puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan?

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre posee ciertos artículos, como los dispositivos protésicos. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. Como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom, sin embargo, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del DME. Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información.

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

Si no adquirió la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo. Los pagos realizados mientras estuvo inscrito en su plan no se tienen en cuenta.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no se tienen en cuenta.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Usted estuvo en nuestro plan, pero no obtuvo la propiedad mientras formaba parte del mismo. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

## Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

### ¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, KelseyCare Advantage Gold Freedom cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja KelseyCare Advantage Gold Freedom o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

### ¿Qué sucede si deja su plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses deberá alquilar el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de cinco años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, requiriendo que pague sus copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de cinco años vuelve a comenzar.

# CAPÍTULO 4:

*Tabla de beneficios médicos*
*(lo que está cubierto*
*y lo que le corresponde pagar)*

## SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo incluye una Tabla de beneficios médicos que enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se detallan los límites para ciertos servicios.

### Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Para comprender la información de pago que le proporcionamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos.

- El "**copago**" es un monto fijo que usted paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre sus copagos).
- El "**coseguro**" es el porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos, que se encuentra en la Sección 2, le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) nunca debe pagar deducibles, copagos ni coseguros. Asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB, si corresponde.

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

Debido a que usted está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay un límite en cuanto al monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (maximum Out of Pocket Amount, MOOP) por servicios médicos. Para el año 2023, este monto será de $3,450.

Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por la multa por inscripción tardía y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están

marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $3,450, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

El monto máximo que tendrá que pagar de su bolsillo para los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos fuera de la red por punto de servicio (POS) en 2023 es de $10,000. Los montos que usted paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos fuera de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $10,000 para servicios cubiertos fuera de la red por POS, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos fuera de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

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

Como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom, una protección importante para usted es que solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales, lo que se denomina “facturación de saldos”. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Aquí le mostramos cómo funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que el plan cubre

servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o servicios de urgencia.

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o servicios de urgencia.

- Si cree que un proveedor le ha "facturado saldos", llame a Servicios para los miembros.

## SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué es lo que está cubierto y cuánto le corresponderá pagar

### Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

En las siguientes páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que KelseyCare Advantage Gold Freedom cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. "Médicamente necesario" significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse "autorización previa"). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.
- Es posible que también le cobremos "cargos administrativos" por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido en el momento del servicio. Llame a Servicios para los miembros si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que

pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea obtener información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2023* [Medicare y Usted 2023]. Consúltelo en línea, en www.medicare.gov, o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227], durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la visita en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2023, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

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

### Tabla de beneficios médicos

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal**<br>Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. El plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su médico, asistente médico, enfermero con práctica médica o especialista en enfermería clínica. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Acupuntura para el dolor lumbar crónico**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Los beneficiarios de Medicare reciben cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias:<br>A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos:<br>• dura 12 semanas o más;<br>• No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);<br>• No está relacionado con una cirugía.<br>• No está relacionado con un embarazo.<br>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año.<br>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.<br>Requisitos para proveedores:<br>Los médicos (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguridad Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $35 por cada consulta cubierta por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)**<br>Los asistentes médicos (Physician Assistants, PAs), los enfermeros profesionales (Nurse Practitioners, NPs)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNSs) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen:<br>• Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y<br>• 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 en el Distrito de Columbia.<br>El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, un asistente médico (PA) o un enfermero profesional/especialista en enfermería clínica (NP/CNS), tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR). | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de ambulancia**<br>• Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por el plan.<br>• El servicio de transporte en ambulancia para casos que no sean de emergencia es adecuado si está documentado que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $225 por cada viaje en ambulancia en una sola dirección cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $250 para servicios de ambulancia terrestre.<br>Coseguro del 50% para servicios de ambulancia aérea.<br>El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará hasta el 100% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos y sus territorios, menos los copagos y coseguros. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias o el ingreso hospitalario de emergencia.<br>**Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Examen físico anual** | **Dentro de la red:**<br><br>Copago de $0 para un examen físico cada año. |
| **Consulta anual de bienestar**<br>Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses.<br>**Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses. | **Dentro de la red:**<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 50% para la consulta anual de bienestar. |
| **Medición de la masa ósea**<br>Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del médico. | **Dentro de la red:**<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 50% para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías)**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años.<br>• Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más.<br>• Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para mamografías de detección cubiertas. |
| **Servicios de rehabilitación cardíaca**<br>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una remisión del médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $25 para la terapia de rehabilitación cardíaca y terapia de rehabilitación cardíaca intensiva hasta el límite de consultas aprobado por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para la terapia de rehabilitación cardíaca y terapia de rehabilitación cardíaca intensiva hasta el límite de consultas aprobado por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares)**<br>Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares. |
| **Análisis para detectar enfermedades cardiovasculares**<br>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses). | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Para todas las mujeres: pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses.<br>• Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare. |
| **Servicios de quiropráctica**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $35 por cada consulta cubierta por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer colorrectal**<br>Para las personas de 50 años o más, se cubren los siguientes estudios:<br>• Sigmoidoscopia flexible (o enema de bario de detección como alternativa) cada 48 meses.<br>Una de las siguientes pruebas cada 12 meses:<br>• Prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (Guaiac-Based Fecal Occult Blood Test, gFOBT).<br>• Prueba inmunoquímica fecal (Fecal Immunochemical Test, FIT).<br>Examen de detección colorrectal basado en ADN cada 3 años.<br>Para las personas que tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:<br>• Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses.<br>Para las personas que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cubrimos lo siguiente:<br>• Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses de una sigmoidoscopia de detección. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.<br>Copago de $0 por cada enema de bario cubierto por Medicare.<br>Usted no pagará un copago para una colonoscopia, incluso si ciertos procedimientos (como una biopsia o la extirpación de pólipos) se realizan durante su colonoscopia de revisión.<br>Usted pagará el hospital para pacientes externos (copago de $300) o el centro quirúrgico ambulatorio (copago de $225) si la colonoscopia se combina con otro procedimiento para pacientes externos que no sea una colonoscopia. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación)** | **Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 50% para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare.<br><br>Coseguro del 50% por cada enema de bario cubierto por Medicare.<br><br>Coseguro del 20% para cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |
| **Atención médica a conveniencia**<br><br>El plan cubre la atención médica a conveniencia en la Minute Clinic de CVS solamente. | **Dentro de la red:**<br><br>Copago de $25 por cada consulta.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>La atención médica a conveniencia no está cubierta bajo el beneficio de POS. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios odontológicos**<br>En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Cubrimos lo siguiente:<br>***Servicios odontológicos preventivos***<br>Evaluaciones orales clínicas<br>• Evaluación oral periódica D0120 1 cada 6 meses<br>• Evaluación oral limitada D0140 1 cada 12 meses<br>• Evaluación oral integral D0150 - nuevo o establecido 1 cada 12 meses<br>• Evaluación oral exhaustiva centrada en el problema D0160 1 cada 12 meses<br>Radiografías en cada diagnóstico por imágenes<br>• Serie completa - intraoral *D0210 (incluyendo aletas de mordida) 1 cada 12 meses<br>• Primera radiografía periapical - intraoral D0220 1 cada 12 meses<br>• Cada radiografía periapical - intraoral D0230 adicional 1 cada 12 meses<br>• Radiografía oclusal intraoral D0240 1 cada 12 meses<br>• Radiografía única de aletas de mordida D0270 1 cada 12 meses<br>• Dos radiografías de aletas de mordida D0272 1 cada 12 meses<br>• Tres radiografías de aletas de mordida D0273 1 cada 12 meses<br>• Cuatro radiografías de aletas de mordida D0274 1 cada 12 meses<br>• 7 a 8 imágenes verticales de aletas de mordida D0277 1 cada 12 meses<br>• Radiografía panorámica *D0330 1 cada 12 meses<br>*La radiografía panorámica (D0330) puede tomarse en lugar de la serie completa intraoral (D0210). | ***Servicios cubiertos por Medicare:***<br>**Dentro de la red:**<br>Copago de $25 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $35 por cada servicio odontológico cubierto por Medicare.<br>***Servicios odontológicos preventivos e integrales:***<br>**Dentro de la red:**<br>Copago de $0.<br>**Fuera de la red:**<br>No están cubiertos. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios odontológicos (continuación)**<br>***Servicios odontológicos integrales***<br><u>Limpiezas dentales</u><br>• Profilaxis D1110 - adulto 1 cada 6 meses<br>**Todos los demás códigos no detallados aquí no están cubiertos y son la responsabilidad del miembro.**<br><u>Servicios de restauración (hasta 4 empastes totales al año)</u><br>• Relleno de amalgama– una superficie (D2140)<br>• Relleno de amalgama– dos superficies (D2150)<br>• Relleno de amalgama– tres superficies (D2160)<br>• Relleno de amalgama– cuatro superficies (D2161)<br>• Compuesto a base de resina– una superficie, anterior (D2330)<br>• Compuesto a base de resina– dos superficies, anterior (D2331)<br>• Compuesto a base de resina– tres superficies, anterior (D2332)<br>• Compuesto a base de resina– cuatro o más superficies, anterior (D2335)<br>• Compuesto a base de resina – una superficie, posterior (D2391)<br>• Compuesto a base de resina – dos superficies, posterior (D2392)<br>• Compuesto a base de resina – tres superficies, posterior (D2393)<br>• Compuesto a base de resina – cuatro o más superficies, posterior (D2394)<br><u>Servicios de periodoncia</u><br>• Raspado periodontal y alisado radicular, por cuadrante (D4341): 4 cuadrantes cada 24 meses<br>• Raspado periodontal y alisado radicular, 1 a 3 dientes (D4342): 4 cuadrantes cada 24 meses | ***Servicios odontológicos integrales:***<br>**<u>Dentro de la red:</u>**<br>Coseguro del 50% por cada servicio.<br>Beneficio máximo anual de $2,000 cada año para servicios odontológicos integrales y preventivos.<br>Cualquier monto por encima del monto máximo de cobertura del plan es la responsabilidad del miembro.<br>**<u>Fuera de la red:</u>**<br>No están cubiertos. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios odontológicos (continuación)**<br>• Desbridamiento de toda la boca (D4355): 1 cada 12 meses<br>• Mantenimiento periodontal (D4910): 1 cada 6 meses<br><u>Servicios de prostodoncia</u><br>Ajustes a dentaduras (2 por año)<br>• Ajuste de la dentadura completa – Maxilar (D5410)<br>• Ajuste de la dentadura completa – Mandibular (D5411)<br>• Ajuste de la dentadura parcial – Maxilar (D5421)<br>• Ajuste de la dentadura parcial – Mandibular (D5422)<br>Reparaciones de dentaduras completas (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)<br>• Reparación de la base de la dentadura completa fracturada - Mandibular (D5511)<br>• Reparación de la base de la dentadura completa fracturada - Maxilar (D5512)<br>• Reparación de dientes perdidos o rotos – Dentadura completa (D5520)<br>Reparaciones de dentaduras parciales (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)<br>• Reparación de la base de la dentadura de resina - Mandibular (D5611)<br>• Reparación de la base de la dentadura de resina - Maxilar (D5612)<br>• Reparación de la estructura parcial colada - Mandibular (D5621)<br>• Reparación de la estructura parcial colada - Maxilar (D5622)<br>• Reparación del retenedor de la dentadura parcial - (D5630)<br>• Sustitución de dientes rotos - Por diente (D5640) | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios odontológicos (continuación)**<br>Servicios de cirugía oral y maxilofacial (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)<br>• Extracción - Diente erupcionado o raíz expuesta (D7140)<br>Servicios que no son de rutina<br>• Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental (D9110): 1 consulta al año<br><br>**Todos los demás códigos no detallados aquí no están cubiertos y son la responsabilidad del miembro.** | |
| **Prueba de detección de depresión**<br>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.<br><br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para la consulta anual de detección de depresión. |
| **Prueba de detección de diabetes**<br>Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.<br>Según los resultados de estos exámenes, usted puede ser elegible para realizarse hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.<br><br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos**<br>Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros.<br>• Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y dos pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación.<br>• La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos. | **Dentro de la red:**<br>Coseguro del 0% si usa una marca preferida de suministros para pruebas de diabetes (incluye medidores y tiras reactivas).<br>Las marcas preferidas son: LifeScan (es decir, OneTouch®) y Roche (es decir, ACCU-CHEK®).<br>Las marcas no preferidas de suministros para diabéticos (incluidos medidores y tiras reactivas) no están cubiertas a menos que un médico lo determine médicamente necesario.<br>Coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.<br>Copago de $0 por la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.<br>Coseguro del 20% para los zapatos y plantillas para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos (continuación)** | Coseguro del 20% para bombas de insulina y suministros cubiertos por Medicare.<br><br>Medidores continuos de glucosa en sangre: 15% del costo en una farmacia minorista y 20% del costo en el proveedor de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). Coseguro del 20% para cualquier otro DME. Los monitores continuos de glucosa en sangre (MCG) preferidos son Dexcom y FreeStyle Libre; todos los demás MCG están excluidos.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 50% para los miembros elegibles para capacitación en autocontrol de la diabetes, servicios para diabéticos y suministros para diabéticos.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados**<br>(En el Capítulo 12 y en la Sección 7 del Capítulo 3 de este documento, encontrará una definición de "equipo médico duradero").<br>Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.<br>Con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de KelseyCare Advantage Gold Freedom. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubriremos. La lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.<br>Generalmente, KelseyCare Advantage Gold Freedom cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su médico u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Sin embargo, si es un miembro nuevo de KelseyCare Advantage Gold Freedom y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su médico para decidir qué marca es médicamente adecuada en su caso después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su médico, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión). | **Dentro de la red:**<br>Coseguro del 20% por cada artículo cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada artículo cubierto por Medicare.<br>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% dentro de la red y un coseguro del 50% fuera de la red, cada mes.<br>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (continuación)**<br>Si usted (o su proveedor) no están de acuerdo con la decisión de cobertura del plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Para obtener más información sobre apelaciones, consulte el Capítulo 9, *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja [decisiones de cobertura, apelaciones, quejas]*). | Si antes de inscribirse en KelseyCare Advantage Gold Freedom pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno, su costo compartido en KelseyCare Advantage Gold Freedom es un coseguro del 20% dentro de la red y un coseguro del 50% fuera de la red.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención de emergencia**<br>La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características:<br>• Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia.<br>• Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia.<br>Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.<br>Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que se prestan fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se prestan dentro de la red.<br><br>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Los costos que paga de su bolsillo pueden ser más altos si recibe atención fuera de los Estados Unidos.<br><br>El beneficio de punto de servicio no se utiliza para las visitas a la sala de emergencias, las admisiones hospitalarias de emergencia, la atención de urgencia o la diálisis fuera del área y no pagará un monto adicional por esa atención. Está cubierta bajo los beneficios de la red. Si usted tiene un ingreso de emergencia a un hospital de la red y desea que su atención para pacientes internados sea administrada por un médico fuera de la red, cubriremos el costo del médico según sus beneficios de POS. | **Dentro de la red y fuera de la red:**<br><br>Copago de $120 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare.<br><br>No se aplica el copago si se lo ingresa al hospital dentro de 3 días para la misma afección.<br><br>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.<br><br>Los costos que paga de su bolsillo para recibir atención de emergencia fuera de los Estados Unidos no cuentan para calcular el monto máximo que paga de su bolsillo aparte del copago de emergencia. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Tarjeta Flex wallet**<br>Su cobertura incluye un beneficio de tarjeta flex wallet para asignaciones de odontología, visión y audición que se complementa con la cobertura actual de su plan. Usted puede utilizar sus asignaciones para pagar por los montos de su bolsillo adeudados a los proveedores.<br>Tendrá acceso a estos fondos mediante una tarjeta de débito emitida.<br>**Si tiene preguntas sobre este beneficio, puede acceder a los siguientes recursos:**<br>**En línea:** visite www.KCAOTC.com.<br>**Por teléfono:** llame gratis a un promotor al (800) 688-2719 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. (hora del este), excepto los días festivos<br>No hay restricciones de la red para la utilización de este beneficio. La asignación debe utilizarse antes de que finalice el año. Si no utiliza la totalidad del monto de su beneficio cada año calendario, el saldo restante no se trasladará al siguiente año calendario.<br>Se aplican las siguientes exclusiones:<br>• Cargos por cancelaciones o citas perdidas.<br>• Copagos o coseguros por servicios médicos o medicamentos con receta<br>• Cualquier costo que pague de su bolsillo, que no sea por servicios relacionados con la odontología, la audición y la visión. | Usted paga $0 por estos servicios.<br><br>Usted cuenta con $500 anuales para gastar, utilizando su tarjeta flex wallet, en lo siguiente:<br><br>Odontología: Los costos que paga de su bolsillo relacionados con la atención odontológica, incluidos los servicios preventivos tales como limpiezas y radiografías, y servicios integrales tales como extracciones, coronas, dentaduras, rellenos, y otros servicios proporcionados por un odontólogo autorizado, un cirujano dental u otro proveedor odontológico autorizado. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Tarjeta Flex wallet (continuación)** | Visión: Los costos que paga de su bolsillo relacionados con la atención de la vista, incluidos los servicios preventivos, tales como exámenes de la vista y otros servicios proporcionados por un proveedor de la vista autorizado. También son elegibles los costos de los anteojos recetados con graduación, incluidos los marcos, los cristales, las mejoras y los lentes de contacto.<br><br>Audición: Los costos que paga de su bolsillo relacionados con los servicios auditivos, incluidos los servicios preventivos, tales como exámenes auditivos, prueba y evaluación de audífonos, audífonos, y otros servicios proporcionados por un proveedor autorizado o audiólogo.<br><br>Asegúrese de gastar el monto no utilizado del beneficio antes de que finalice el año, ya que vencerá el 31 de diciembre del año de beneficios. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Programas educativos sobre salud y bienestar**<br>Estos son programas que se centran en afecciones médicas como presión arterial alta, colesterol, asma o EPOC, diabetes y dietas especiales en asociación con programas de gestión médica. El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación y bienestar:<br>• **Materiales de educación para la salud**<br>• **Boletines informativos**<br>• **Beneficios nutricionales**<br>  o Los programas llevan un registro de los resultados de pruebas actuales y utilizan personal para recordarles a los miembros sobre las pruebas que necesitan y ayudarlos a programar citas con médicos. Los farmacéuticos trabajan con los miembros en el cumplimiento con los medicamentos, en la enseñanza sobre los medicamentos y en la adherencia a los medicamentos. También se organizan sesiones de educación sobre la diabetes utilizando un educador de diabetes certificado para clases grupales o individuales. El miembro también puede ser remitido a su PCP para el tratamiento conductual de la obesidad y un enfermero matriculado trabajará con el miembro en un plan para bajar de peso en conjunto con el médico.<br>• **Línea directa de enfermería**<br>  o El centro de llamadas de enfermería, disponible las 24 horas del día, está a disposición de los miembros que quieran hacer preguntas relacionadas con la salud, obtener consejos específicos sobre la salud, pedir una evaluación de sus síntomas y recibir recomendaciones de tratamiento. El centro de llamadas de enfermería también puede acceder a la ayuda de los médicos. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $0<br>**Fuera de la red:**<br>No están cubiertos por su beneficio de POS. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Programas educativos sobre salud y bienestar (continuación)**<br>• **Fitness**<br>o Los miembros tienen acceso a SilverSneakers®. SilverSneakers® puede ayudarlo a vivir una vida más saludable y activa. Tiene acceso a instructores capacitados que dirigen clases de ejercicio grupales especialmente diseñados. Puede tomar clases y usar equipos de ejercicio y otras comodidades en las locaciones participantes en todo el país.* Además de las clases de SilverSneakers que se ofrecen en las aulas de acondicionamiento físico, SilverSneakers FLEX® ofrece opciones en entornos fuera de las locaciones participantes tradicionales. Las clases de SilverSneakers BOOM™, MIND, MUSCLE y MOVE, ofrecen entrenamientos más intensos dentro de las locaciones participantes. *Las clases y los servicios varían según la ubicación. | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios auditivos**<br>Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las hace un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Examen auditivo de rutina - cubierto cuando es administrado en una Clínica Kelsey-Seybold o por su PCP.<br>• Examen de adaptación de audífonos.<br>• Audífonos. (Las baterías de repuesto no están cubiertas). | **Dentro de la red:**<br>Copago de $25 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.<br>Copago de $0 para 1 examen auditivo de rutina cada año.<br>*Copago de $25 para 1 adaptación y evaluación de audífonos cada año.<br>*Monto máximo de cobertura del plan de $750 por oído para los beneficios de audífonos cada tres años.<br>*No cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 20% por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.<br>El examen auditivo de rutina y el examen de adaptación de audífonos no están cubiertos por el beneficio de POS.<br>**Se requiere autorización previa para los servicios no cubiertos por Medicare.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de VIH**<br>Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente:<br>• Una prueba de detección cada 12 meses.<br>Para mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente:<br>• Hasta tres pruebas de detección durante el embarazo. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare. |
| **Atención médica a domicilio**<br>Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana).<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Servicios médicos y sociales.<br>• Equipo médico y suministros. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $10 por cada visita domiciliaria cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada visita domiciliaria cubierta por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Tratamiento de infusión a domicilio**<br>El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres).<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención.<br>• Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero.<br>• Supervisión remota.<br>• Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $10 de atención médica a domicilio para que el proveedor asista al hogar.<br>Coseguro del 20% de la Parte B para el medicamento de infusión.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para que el proveedor asista al hogar.<br>Coseguro del 20% de la Parte B para el medicamento de infusión.<br>Si el medicamento se obtiene de una farmacia que provee medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar, consulte el Capítulo 6 para conocer el monto de costo compartido.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención en un hospicio**<br>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son propios de la organización MA, controlados por ella o en los que tiene un interés financiero. El médico del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red.<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor<br>• Atención de alivio a corto plazo<br>• Atención a domicilio<br>Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan. Si decide hacerlo, deberá continuar pagando las primas del plan.<br>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.<br>Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso que se requiera obtener una autorización previa). | Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no KelseyCare Advantage Gold Freedom.<br>**Dentro de la red:**<br>Copago de $0 por un servicio de consulta de hospicio antes de la elección del hospicio.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% puede aplicarse por un servicio de consulta de hospicio antes de la elección del hospicio. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención en un hospicio (continuación)**<br>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red.<br>• Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente al pago por servicio de Medicare (Original Medicare).<br><br>Para los servicios cubiertos por KelseyCare Advantage Gold Freedom pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: KelseyCare Advantage Gold Freedom seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos según la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de su plan por estos servicios.<br><br>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 *(¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?)*.<br><br>**Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.<br><br>Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio. | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Inmunizaciones**<br>Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes:<br>• Vacuna contra la neumonía.<br>• Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias.<br>• Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.<br>• Vacuna contra el COVID-19.<br>• Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.<br>También cubrimos algunas vacunas en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos con receta de la Parte D. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para las vacunas contra la neumonía, la gripe y la hepatitis B. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados**<br>Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que formalmente ingresa al hospital con una orden del médico. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado.<br>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida; los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida.<br>La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería permanentes.<br>• Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).<br>• Medicamentos.<br>• Análisis de laboratorio.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas.<br>• Costos de la sala de operaciones y de recuperación. | **Dentro de la red:**<br>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:<br>Copago de $375 por estadía<br>60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de $0 por día.<br>Para las hospitalizaciones de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido de $375 para cuidados agudos de pacientes internados.<br>**Fuera de la red:**<br>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:<br>Coseguro del 40% por estadía<br>Para las hospitalizaciones de cuidados agudos con un diagnóstico confirmado de COVID-19, no se aplicará el costo compartido. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje.<br>• Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados.<br>• En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si KelseyCare Advantage Gold Freedom presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.<br>• Servicios médicos.<br>**Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. | Si consulta a un proveedor fuera de la red sin autorización previa, está utilizando su beneficio de POS. Cualquier atención solicitada por el proveedor, incluido el ingreso al hospital, estará cubierta por sus beneficios de POS, incluso si la atención se brinda en un centro de la red. Por ejemplo, si el proveedor de POS lo ingresa para cirugía en un centro de la red, usted pagará el coseguro o los copagos de POS por el centro y los servicios médicos.<br>Si obtiene atención autorizada para pacientes internados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, el costo que le corresponde pagar es el costo compartido que pagaría en un hospital dentro de la red.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)**<br>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico**<br>Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización.<br>Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida; los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida.<br><br>Hay un límite de por vida de 190 días para servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general. | **Dentro de la red:**<br>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:<br><br>Copago de $375 por estadía.<br><br>60 días de reserva de por vida - Copago de $0 por día.<br><br>**Fuera de la red:**<br>Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare:<br><br>Coseguro del 40% por estadía<br><br>Si consulta a un proveedor que no pertenece a la red utilizando su beneficio de POS, cualquier atención médica solicitada por el proveedor, incluido el ingreso al hospital, estará cubierta por sus beneficios de POS, incluso si la atención se brinda en un centro de la red.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Hospitalización: servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta**<br>Si ha agotado sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios médicos.<br>• Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio).<br>• Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos.<br>• Vendajes quirúrgicos.<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.<br>• Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos.<br>• Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente.<br>• Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional. | **Dentro de la red y fuera de la red:**<br>**Servicios médicos**<br>Consulte la sección "Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico" en esta tabla.<br><br>**Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y entablillados**<br>Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" de esta tabla.<br><br>**Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos**<br>Consulte la sección "Dispositivos protésicos y suministros relacionados" de esta tabla.<br><br>**Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional**<br>Consulte la sección "Servicios de rehabilitación para pacientes externos" de esta tabla. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Beneficio de comidas** | **Dentro de la red:**<br><br>Copago de $0 para hasta 2 comidas al día durante los 7 días después del alta de una hospitalización con un diagnóstico de COVID-19.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>No están cubiertos por su beneficio de POS.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |
| **Terapia médica nutricional**<br>Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una remisión del médico.<br>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una remisión del médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la remisión todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario. | **Dentro de la red:**<br><br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 50% para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)**<br>Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) se cubrirán para los beneficiarios elegibles de Medicare a través de todos los planes de salud de Medicare.<br>El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para el beneficio del MDPP. |
| **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**<br>La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:<br>• Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio.<br>• Medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por el plan.<br>• Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.<br>• Medicamentos inmunosupresores si usted estaba inscrito en la Parte A de Medicare cuando se le trasplantó el órgano.<br>• Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento.<br>• Antígenos.<br>• Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer y las náuseas.. | **A partir del 1 de abril de 2023:**<br>**Dentro de la red:**<br>Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, incluida la quimioterapia cubierta por la Parte B.<br>A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare (continuación)**<br>• Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario, anestésicos tópicos y fármacos estimuladores de la eritropoyesis (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa).<br>• Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias.<br>Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.kelseycareadvantage.com<br>También cubrimos algunas vacunas en virtud del beneficio para medicamentos con receta de la Parte B y la Parte D.<br>El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos con receta de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6. | A partir del 1 de abril de 2023:<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, incluida la quimioterapia cubierta por la Parte B.<br>A partir del 1 de julio de 2023, no pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan.<br>**Se requiere autorización previa.**<br>Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado. |
| **Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua**<br>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o médico de atención primaria. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios del programa de tratamiento de opioides**<br>Los miembros de nuestro plan con un trastorno por el consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios:<br>• Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, FDA) para el tratamiento asistido con medicamentos (Medically-Assisted Treatment, MAT)<br>• Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde)<br>• Asesoramiento sobre el consumo de sustancias<br>• Terapia individual y grupal<br>• Pruebas de toxicología<br>• Actividades de admisión<br>• Evaluaciones periódicas | **Servicios de médicos o profesionales:**<br>**Dentro de la red:**<br>Copago de $0 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.<br>Copago de $25 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $10 por cada consulta con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.<br>Copago de $35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.<br>**Atención de salud mental para pacientes externos:**<br>**Dentro de la red:**<br>Copago de $20 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios del programa de tratamiento de opioides (continuación)** | **Fuera de la red:**<br>Copago de $35 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.<br><br>**Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare:**<br>**Dentro de la red:**<br>Coseguro del 20% para medicamentos que forman parte de los servicios del programa de tratamiento de opioides.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 20% para medicamentos que forman parte de los servicios del programa de tratamiento de opioides.<br><br>**Se requiere autorización previa.**<br><br>Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” para conocer los montos de copago/coseguro si se solicitan pruebas durante los servicios de tratamiento. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Radiografías.<br>• Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos.<br>• Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes.<br>• Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones.<br>• Análisis de laboratorio.<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura comienza con la primera pinta de sangre que necesite.<br>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $0 para las radiografías cubiertas por Medicare.<br>Copago de $0 para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare.<br>Copago de $0 para los suministros quirúrgicos cubiertos por Medicare, como vendajes, entablillados y yesos proporcionados en el consultorio del médico.<br>Copago de $0 para el estudio de diagnóstico del sueño en un centro no hospitalario cubierto por Medicare.<br>Copago de $25 para la prueba de esfuerzo cardíaco cubierta por Medicare.<br>Copago de $150 para la tomografía computarizada (TAC) cubierta por Medicare por cada día de servicio.<br>Copago de $150 para la resonancia magnética (RM) o angiografía por resonancia magnética (ARM) cubierta por Medicare por cada día de servicio. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)** | Copago de $150 para la tomografía por emisión de positrones (TEP) cubierta por Medicare por cada día de servicio.<br><br>Copago de $50 para el tratamiento de radioterapia, incluida la radioterapia de intensidad modulada (IMRT), por cada día de servicio cubierto por Medicare.<br><br>También se pueden aplicar copagos de diagnóstico para las pruebas realizadas antes, durante o después de la radioterapia.<br><br>Se pueden aplicar otros copagos para pacientes externos si los proporciona una compañía para un médico.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Copago de $20 para las radiografías cubiertas por Medicare.<br><br>Copago de $0 en LabCorp o coseguro del 50% en cualquier otro proveedor para los análisis de laboratorio cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos (continuación)** | Coseguro del 20% para todos los demás servicios terapéuticos, pruebas de diagnóstico y suministros para pacientes externos cubiertos por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |
| **Observación hospitalaria para pacientes externos**<br>Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta.<br>Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos.<br>**Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.<br>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $300 por cada estadía hospitalaria de observación para pacientes externos cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 20% por cada estadía hospitalaria de observación para pacientes externos cubierta por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos**<br>Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos.<br>• Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital.<br>• Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital.<br>• Suministros médicos, como entablillados y yesos.<br>• Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar.<br>**Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. | **Dentro de la red y fuera de la red**:<br><br>**Servicios de emergencia**<br>Consulte la sección "Atención de emergencia" de esta tabla.<br><br>**Cirugía para pacientes externos**<br>Consulte las secciones "Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios" y "Observación hospitalaria para pacientes externos" de esta tabla.<br><br>**Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos**<br>Consulte la sección "Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos" de esta tabla. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios hospitalarios para pacientes externos (continuación)**<br>También puede encontrar más información en la hoja de datos de Medicare denominada "Are You a Hospital Inpatient or Outpatient? If You Have Medicare – Ask!" (¿Es un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare - ¡Pregunte!). Esta hoja de datos se encuentra disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, durante las 24 horas, los 7 días de la semana. | **Atención de salud mental y hospitalización parcial**<br>Consulte las secciones "Atención de salud mental para pacientes externos" y "Servicios de hospitalización parcial" de esta tabla.<br><br>**Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar**<br>Consulte la sección "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" de esta tabla. |
| **Atención de salud mental para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. | **Dentro de la red:**<br><br>Copago de $20 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Copago de $35 para consultas de terapia individual o grupal cubiertas por Medicare.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de rehabilitación para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje.<br>Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF). | **Dentro de la red:**<br>Copago de $10 por cada consulta de fisioterapia y terapia ocupacional cubierta por Medicare.<br>Copago de $35 por cada consulta de terapia del habla cubierta por Medicare.<br>Copago de $25 por otras consultas de terapia aprobadas por Medicare, incluido el cuidado de heridas y del linfedema proporcionado por terapeutas. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de rehabilitación para pacientes externos (continuación)** | **Fuera de la red:**<br><br>Copago de $40 por cada consulta de fisioterapia y terapia del habla cubierta por Medicare.<br><br>Coseguro del 50% por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare.<br><br>Copago de $35 por otras consultas de terapia aprobadas por Medicare, incluido el cuidado de heridas y del linfedema proporcionado por terapeutas.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |
| **Servicios por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>Servicios por abuso de sustancias prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, auxiliar médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. | **Dentro de la red:**<br><br>Copago de $20 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Copago de $35 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios**<br>**Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un "paciente externo". | **Dentro de la red:**<br>Copago de $225 por cada consulta cubierta por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio.<br>Copago de $300 por cada consulta de cirugía para pacientes externos en el hospital cubierta por Medicare.<br>Copago de $300 para otros servicios hospitalarios para pacientes externos, por ejemplo: quimioterapia, estudios de diagnóstico del sueño o estadía de observación.<br>Usted no pagará un copago para una colonoscopia, incluso si ciertos procedimientos, como una biopsia o la extirpación de pólipos, se realizan durante su colonoscopia de revisión. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios (continuación)** | Pagará el copago de cirugía para pacientes externos si la colonoscopia se combina con otro procedimiento de cirugía para pacientes externos que no sea una colonoscopia. La cirugía para pacientes externos en el hospital (copago de $300) o el centro quirúrgico ambulatorio (copago de $225) aplicará.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 20% para cirugía para pacientes externos cubierta por Medicare, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios.<br><br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Artículos de venta libre (OTC)**<br>Su cobertura incluye artículos de venta libre relacionados con la salud, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado, y artículos de primeros auxilios.<br>Estos artículos están disponibles sin receta médica y no están cubiertos por la Parte A, la Parte B o la Parte D de Medicare. Solo usted puede utilizar su beneficio, y los artículos de venta libre están destinados solo para su uso personal.<br>Usted cuenta con la flexibilidad de comprar artículos de venta libre en la tienda, en línea, por teléfono o a través de un catálogo.<br>• **En la tienda:** recibirá una tarjeta de beneficios de venta libre para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan en su tienda minorista de la red local.<br>• **En línea:** visite www.KCAOTC.com.<br>• **Por teléfono:** llame gratis a un promotor de venta libre al (800) 688-2719 (TTY/TDD: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 11:00 p.m. (hora del este), excepto los días festivos<br>• **Por correo:** rellene y envíe el formulario de pedido de venta libre que figura en el catálogo de productos de venta libre.<br>Tenga en cuenta lo siguiente:<br>• Esta lista de productos está sujeta a modificaciones. Los artículos, las cantidades, los tamaños y los valores pueden cambiar según la disponibilidad. Para obtener la lista más actualizada de los productos de venta libre disponibles, diríjase a www.kcaotc.com. Puede haber limitaciones en cuanto a la cantidad de un mismo artículo que se puede pedir. | No se requiere coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre aprobados por el plan.<br>Usted recibe hasta $95 cada trimestre que pueden ser utilizados para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan.<br>Puede realizar un máximo de cuatro (4) pedidos en línea, por teléfono o por correo cada trimestre de artículos de venta libre aprobados por el plan.<br>Para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan, debe utilizar su tarjeta de beneficios de venta libre en las tiendas de venta libre minoristas de la red.<br>Los períodos del beneficio trimestral de venta libre son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre.<br>Si no utiliza la totalidad del monto de su beneficio trimestral de venta libre, el saldo restante no se trasladará al siguiente trimestre o año calendario. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Artículos de venta libre (OTC) (continuación)**<br>• Si su compra en la tienda de artículos de venta libre aprobados es superior a la asignación proporcionada, usted será responsable de pagar la diferencia.<br>• Si sus compras son menores que la asignación proporcionada en un período determinado, el monto restante no se transferirá al siguiente mes.<br>• El total de su compra se aplicará al trimestre en el que se reciba el pedido o se realice la compra.<br>**Consulte su catálogo de productos de venta libre de 2023 para obtener una lista completa de los artículos de venta libre aprobados por el plan o llame a un promotor de venta libre para obtener más información.** Puede encontrar información adicional en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. | |
| **Servicios de hospitalización parcial**<br>La "hospitalización parcial" es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico o del terapeuta y es una alternativa a la hospitalización. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $25 por cada día de servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada día de servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios llevados a cabo en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación.<br>• Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista.<br>• Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su PCP o especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico.<br>• Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: servicios de médicos de atención primaria, servicios de especialistas, sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental.<br>  o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio.<br>  o Las consultas electrónicas, por video y por teléfono son un beneficio cubierto para los proveedores contratados y para los proveedores contratados de salud mental.<br>• Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un médico o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare | **Dentro de la red:**<br>Copago de $0 por cada consulta con un médico de atención primaria en su consultorio cubierta por Medicare.<br>Copago de $25 por cada consulta con un especialista en su consultorio cubierta por Medicare.<br>Copago de $0 para las pruebas de alergia y el suero para la alergia cubiertos por Medicare.<br>Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un PCP: Copago de $0 por cada consulta por telesalud con un médico de atención primaria cubierta por Medicare.<br>Consultas electrónicas, por video y por teléfono con un especialista o para la salud mental: Copago de $15 por cada consulta por telesalud con un especialista cubierta por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)**<br>• Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro.<br>• Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía independientemente de su ubicación.<br>• Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.<br>• Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si:<br>  o Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera visita de telesalud<br>  o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud<br>  o Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente bajo determinadas circunstancias<br>• Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.<br>• Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su médico **en los siguientes casos**:<br>  o Usted no es un paciente nuevo **y**<br>  o El control no está relacionado con una visita al consultorio de los últimos 7 días **y**<br>  o El control no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. | Consulte "Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare" para encontrar los montos de los coseguros si le administran un medicamento de la Parte B durante la consulta.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $10 por cada consulta con un médico de atención primaria en su consultorio cubierta por Medicare.<br>Copago de $35 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.<br>Coseguro del 40% por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare con proveedores de MD Anderson.<br>Copago de $35 para las pruebas de alergia y el suero para la alergia cubiertos por Medicare.<br>La telesalud no está cubierta por el beneficio de POS.<br>**Es posible que deba obtener autorización previa, salvo para servicios de atención primaria.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico (continuación)**<br>• Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su médico, incluida la interpretación y el seguimiento del médico dentro de las 24 horas **en los siguientes casos**:<br>  o Usted no es un paciente nuevo **y**<br>  o La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio de los últimos 7 días **y**<br>  o La evaluación no da lugar a una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana.<br>• Consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico.<br>• Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.<br>• Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un médico). | |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de podiatría**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos).<br>• Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $25 por consulta cubierta por Medicare.<br>Coseguro del 20% para cualquier dispositivo ortésico proporcionado durante la consulta.<br>**Fuera de la red:**<br>Copago de $35 por consulta cubierta por Medicare.<br>Coseguro del 50% para cualquier dispositivo ortésico proporcionado durante la consulta.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Beneficio de punto de servicio**<br><br>Puede usar este beneficio para recibir atención de proveedores fuera de la red y también para recibir atención de ciertos proveedores dentro de la red sin obtener una autorización. Pagará un costo más alto por la atención.<br><br>El beneficio de punto de servicio no se aplica a las visitas a la sala de emergencias, las admisiones hospitalarias de emergencia, la atención de urgencia o la diálisis que se brindan mientras se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, las cuales se pagan al costo compartido de la red. Si tiene una emergencia a cargo de un médico fuera de la red, cubriremos el costo del médico bajo sus beneficios de POS.<br><br>Puede utilizar cualquier proveedor de Medicare dispuesto para obtener servicios POS cubiertos dentro de los Estados Unidos. Es posible que algunos proveedores no estén dispuestos a verlo ni a facturar a nuestro plan por su atención fuera de la red.<br><br>Los beneficios de punto de servicio están disponibles para los servicios cubiertos por Medicare.<br><br>**Servicios hospitalarios para pacientes internados con admisión directa o electiva cubiertos hasta 90 días por período de beneficios. También tiene cobertura para los días 90-150, que puede usar una vez en la vida.** | Si ve a un proveedor fuera de nuestra red para la atención que no es de emergencia sin autorización previa, usted está utilizando su beneficio POS. Cualquier atención solicitada por el proveedor, incluido el ingreso al hospital, estará cubierta por sus beneficios de POS, incluso si la atención se brinda en un centro de la red. Por ejemplo, si el proveedor de POS lo ingresa para cirugía en un centro de la red, usted pagará el coseguro o los copagos de POS por el centro y los servicios médicos.<br><br>Se requiere autorización previa para la atención en el centro.<br><br>Hay un monto máximo que paga de su bolsillo de $10,000 para los servicios fuera de la red.<br><br>Los servicios no cubiertos por los beneficios de POS se detallan en la tabla de beneficios. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Pruebas de detección de cáncer de próstata**<br>Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses:<br>• Tacto rectal.<br>• Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA). | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA.<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para un tacto rectal anual cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para un análisis anual del PSA.<br>Coseguro del 50% para un tacto rectal anual cubierto por Medicare. |
| **Dispositivos protésicos y suministros relacionados**<br>Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte "Atención de la vista" más adelante en esta sección). | **Dentro de la red:**<br>Coseguro del 20% por cada artículo cubierto por Medicare.<br>Coseguro del 20% para suministros relacionados cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada artículo cubierto por Medicare.<br>Coseguro del 50% para suministros relacionados cubiertos por Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de rehabilitación pulmonar**<br>Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una remisión del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $20 por cada día de rehabilitación pulmonar hasta los límites de consultas de Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada día de rehabilitación pulmonar hasta los límites de consultas de Medicare.<br>**Se requiere autorización previa.** |
| **Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol**<br>Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes.<br>Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un médico o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)**<br>Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses.<br>**Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden por escrito de parte de un médico o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas.<br>*Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial*: el miembro debe recibir una orden por escrito para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas**<br>Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo.<br>También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir infecciones por ETS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un médico. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para los beneficios preventivos de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios para tratar enfermedades renales**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida.<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente).<br>• Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial).<br>• Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar).<br>• Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar.<br>• Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).<br>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”. | **Dentro de la red:**<br>Coseguro del 20% por cada tratamiento de diálisis renal cubierto por Medicare.<br>Copago de $0 para servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada tratamiento de diálisis renal fuera de la red en el área de servicio cubierto por Medicare. El tratamiento de diálisis renal recibido en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan está cubierto en el nivel de beneficios de la red.<br>Coseguro del 50% para servicios de educación sobre enfermedad renal recibidos fuera de la red.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF)**<br>(En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada". En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse "SNF").<br>El plan cubre 100 días cada período de beneficios de Medicare para los servicios especializados cubiertos por Medicare.<br>La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.<br>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:<br>• Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).<br>• Comidas, incluidas dietas especiales.<br>• Servicios de enfermería especializada.<br>• Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.<br>• Medicamentos administrados como parte del plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre).<br>• Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos comienza con la primera pinta de sangre que necesite.<br>• Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF.<br>• Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF.<br>• Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $0 por día para los días 1-20<br>Copago de $125 por día para los días 21-100.<br>No se requiere hospitalización previa a la admisión.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por estadía para los servicios en un centro de atención de enfermería especializada recibidos en un centro fuera de la red.<br>**Se requiere autorización previa.** |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF) (continuación)**<br>• Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF.<br>• Servicios de médicos o profesionales.<br>Generalmente, los servicios en un SNF los obtendrá en centros de la red. No obstante, en determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan.<br>• Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada).<br>• Un SNF donde su cónyuge esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital. | |
| **Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)**<br>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco: cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona.<br>Si consume tabaco y le diagnosticaron una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando algún medicamento que pueda resultar afectado por el tabaco: cubrimos servicios de asesoramiento para abandonar el hábito. Cubrimos dos tentativas de orientación para dejarlo en un período de 12 meses; no obstante, usted pagará el costo compartido aplicable. Cada tentativa de orientación incluye hasta cuatro consultas en persona. | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Tratamiento con ejercicios supervisados (SET)**<br>El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de la PAD.<br>Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET.<br>El programa de SET debe cumplir con lo siguiente:<br>• Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación.<br>• Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un médico.<br>• Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD.<br>• Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada.<br>El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $30 por cada sesión de tratamiento con ejercicios supervisados cubierta por Medicare.<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% por cada sesión de tratamiento con ejercicios supervisados cubierta por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Servicios de transporte**<br>Se brinda cobertura de transporte no médico, no de emergencia, para transporte de rutina a citas y centros médicos dentro del área de servicio. | **Dentro de la red:**<br>Copago de $0 para viajes ilimitados cada año a lugares aprobados por el plan.<br>Se limita a citas y centros médicos dentro del área de servicio.<br>**Fuera de la red:**<br>No están cubiertos por su beneficio de POS. |
| **Servicios de urgencia**<br>Los servicios de urgencia se prestan para tratar una enfermedad, lesión o afección imprevista, que no es de emergencia y que requiere atención médica inmediata pero, dadas sus circunstancias, no es posible ni razonable obtener estos servicios de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red pueden ser: i) necesita atención inmediata durante el fin de semana, o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios. Si no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener la atención médica de un proveedor de la red de forma inmediata, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.<br>La atención de urgencia está cubierta solo dentro de los Estados Unidos. | **Dentro de la red y fuera de la red:**<br>Copago de $25 por cada consulta cubierta por Medicare. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención de la vista**<br>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:<br>• Servicios de médicos para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto.<br>• Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más.<br>• Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año.<br>Un (1) par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. (Si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos pares de anteojos después de la segunda cirugía). | **Dentro de la red:**<br>Copago de $25 para exámenes de la vista cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.<br>Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” para encontrar los montos de los coseguros si le administran un medicamento de la Parte B durante la consulta.<br>Copago de $0 por una prueba anual de detección de glaucoma.<br>Copago de $0 para anteojos, lentes o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. Cubierto al 100% hasta el monto permitido por Medicare.<br>Copago de $0 para 1 examen de la vista de rutina cada año. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Atención de la vista (continuación)**<br>• Examen de la vista de rutina<br>• Lentes y accesorios de rutina | *Límite de cobertura del plan de $125 para lentes y accesorios, anteojos y/o lentes de contacto cada año no relacionados con una cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio.<br><br>*No cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.<br><br>**Fuera de la red:**<br><br>Coseguro del 20% para exámenes cubiertos por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos.<br><br>Coseguro del 50% por una prueba anual de detección de glaucoma.<br><br>Coseguro del 50% para anteojos, lentes o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas. Cubierto hasta el monto permitido por Medicare.<br><br>Los exámenes de la vista de rutina y los lentes y accesorios de rutina no están cubiertos por el beneficio de POS. |

| Servicios cubiertos | Lo que usted debe pagar cuando obtiene estos servicios |
|---|---|
| **Consulta preventiva "Bienvenido a Medicare"**<br>El plan cubre la consulta preventiva única "Bienvenido a Medicare". La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario.<br>**Importante:** Cubrimos la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su médico que le gustaría programar su consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". | **Dentro de la red:**<br>No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare".<br>**Fuera de la red:**<br>Coseguro del 50% para la consulta preventiva "Bienvenido a Medicare". |

## SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

### Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le informa qué servicios están "excluidos" de la cobertura de Medicare y, por lo tanto, no cubre el plan.

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9 de este documento).

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna circunstancia | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|---|
| Acupuntura | | Disponible para personas con dolor lumbar crónico bajo determinadas circunstancias. |
| Cirugía o procedimientos cosméticos. | | • Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado.<br>• Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica. |
| Cuidado asistencial<br><br>El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse. | ✓ | |
| Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales.<br><br>Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica. | | Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.<br><br>(Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3). |
| Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar. | ✓ | |

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna circunstancia | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|---|
| Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar. | ✓ | |
| Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, tales como tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas. | ✓ | |
| Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos). | ✓ | |
| Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies | | Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético. |
| Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor. | ✓ | |
| Habitación privada en el hospital. | | Solo se cubre cuando es médicamente necesario. |
| Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión. | ✓ | |
| Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados. | ✓ | |
| Atención quiropráctica de rutina. | | Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación. |

| Servicios no cubiertos por Medicare | No cubiertos en ninguna circunstancia | Cubiertos solo en situaciones específicas |
|---|---|---|
| Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras. | | Algunos servicios odontológicos preventivos, como las limpiezas y los exámenes, pueden estar cubiertos. Otros servicios odontológicos especiales pueden estar cubiertos. |
| Cuidado de rutina de los pies. | | Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes). |
| Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare. | ✓ | |

# CAPÍTULO 5:

## *Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D*

## SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, **se explican las normas para utilizar la cobertura para los medicamentos de la Parte D.** Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

### Sección 1.1 Normas básicas para la cobertura del plan de los medicamentos de la Parte D

Generalmente, el plan cubrirá los medicamentos, siempre y cuando siga estas normas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (médico, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos "Lista de medicamentos" para abreviarla). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre cómo obtener una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).

## SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

### Sección 2.1 Utilice una farmacia de la red

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término "medicamentos cubiertos" hace referencia a todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuren en la Lista de medicamentos del plan.

## Sección 2.2 Farmacias de la red

### ¿Cómo encuentra una farmacia de la red en su área?

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.kelseycareadvantage.com), o llamar a Servicios para los miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de nuestras farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser menor al de una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El *Directorio de farmacias* le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo los costos que paga de su bolsillo podrían variar para diferentes medicamentos.

### ¿Qué sucede si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red?

Si la farmacia que estaba usando deja de formar parte de la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. O si la farmacia que estaba usando permanece en la red pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia dentro de la red o preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros o buscar en el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.

### ¿Y si necesita una farmacia especializada?

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con Servicios para los miembros.
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. **(Nota:** Es muy poco frecuente que se presente esta situación).

Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de farmacias* o llame a Servicios para los miembros.

## Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados como "NM" en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para hasta 90 días**.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, usted puede:

- Llamar al 1-888-970-0914 para comunicarse directamente con un representante de Atención al cliente.
- Ingresar en Caremark.com y solicitar una resurtido por correo.
- Visitar www.kelseycareadvantage.com e imprimir un formulario de pedido por correo.

Por lo general, el pedido a la farmacia que presta el servicio de pedido por correo le será entregado en 10 días como máximo. Si necesita ayuda debido a la demora en la entrega del pedido por correo de un medicamento con receta, llame al 1-888-970-0914 para comunicarse directamente con un representante de Atención al cliente. Si la farmacia de pedido por correo prevé que el pedido se retrase, se lo notificará. Si necesita solicitar un pedido de urgencia debido a un retraso en el envío por correo, puede ponerse en contacto con Atención al cliente para discutir las opciones, que pueden incluir el surtido en una farmacia local o la aceleración del método de envío. Proporcione su número de identificación y el número de receta al representante. Si desea que se le entreguen los medicamentos al segundo día o al día siguiente, puede solicitarlo al representante de Atención al cliente por un cargo adicional.

**Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.**
La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento inscribiéndose en Caremark.com o llamando al 1-888-970-0914 para obtener ayuda en vivo de un representante de Atención al cliente.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al 1-888-970-0914 para obtener ayuda en vivo de un representante de Atención al cliente.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

**Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo.** Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe sus medicamentos con receta, comuníquese con su farmacia 15 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. De este modo, se asegurará de que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-888-970-0914 para obtener ayuda en vivo de un representante de Atención al cliente.

Si automáticamente recibe un resurtido por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

## Sección 2.4 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que usted toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. **Algunas farmacias minoristas** de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen un costo compartido preferido) a

un costo compartido inferior. Otras farmacias minoristas tal vez no acepten los costos compartidos inferiores. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias*, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

## Sección 2.5 Cuándo puede utilizar una farmacia que no está dentro de la red del plan

### En determinadas circunstancias, su medicamento con receta puede estar cubierto

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero consulte con Servicios para los miembros** para averiguar si hay alguna farmacia de la red cerca. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

A continuación, se detallan las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red:

- La receta es para una emergencia médica o para atención de urgencia.
- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad, porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día a una distancia razonable en auto.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia de la red accesible o en una farmacia de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.
- Una vacuna o medicamento administrados en el consultorio del médico.

Incluso si cubrimos los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que habría pagado si hubiera acudido a una farmacia de la red.

### ¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2.1 del Capítulo 7, se explica cómo puede solicitar un reembolso al plan).

## SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan

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

El plan tiene una "*Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la "Lista de medicamentos" para abreviarla**.

El plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por éste.

Los medicamentos que se encuentran en la Lista de medicamentos son solo los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo, y el medicamento se use para una indicación médicamente aceptada. Una "indicación médicamente aceptada" es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- *O bien*, avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y biosimilares.

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que están basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a "medicamentos", puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Como los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, poseen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos o alternativas biosimilares disponibles para muchos medicamentos de marca y algunos productos biológicos.

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

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información sobre este tema, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular. En algunos casos, puede que sea capaz de obtener un medicamento que no se encuentre en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

## Sección 3.2 Hay 6 “niveles de costo compartido” para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

| Nivel de costo compartido | Medicamentos incluidos en el nivel |
|---|---|
| Nivel 1 (nivel de costo compartido más bajo) | Genérico preferido: incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. |
| Nivel 2 | Genérico: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca. |
| Nivel 3 | Marca preferida: incluye medicamentos de marca preferidos, genéricos no preferidos e Insulinas Selectas. |
| Nivel 4 | Medicamento no preferido: incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos. |
| Nivel 5 (nivel de costo compartido más alto) | Nivel de especialidad: es el nivel más alto e incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. |
| Nivel 6 | Medicamentos de cuidados selectos: es el nivel más bajo y contiene vacunas preventivas y medicamentos genéricos de cuidados selectos para tratar afecciones como la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. |

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D*), se incluye el monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

### Sección 3.3 ¿Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos?

Hay tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.kelseycareadvantage.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Llame a Servicios para los miembros para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

## SECCIÓN 4 Hay restricciones respecto de la cobertura de algunos medicamentos

### Sección 4.1 ¿Por qué algunos medicamentos tienen restricciones?

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo el plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas del plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con dos por día, comprimidos en comparación con líquido).

## Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones hay?

Las secciones siguientes le brindan más información acerca de los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

**Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento.** Comuníquese con Servicios para los miembros para obtener información sobre qué debe hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tendrá que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción. Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

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

Un medicamento "genérico" suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico. **En la mayoría de los casos, cuando está disponible la versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de la red le proporcionarán el medicamento genérico en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección le hacen efecto, entonces sí cubriremos el medicamento de marca. (La parte del costo que le corresponda pagar puede ser mayor para el medicamento de marca que para el genérico).

### Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina "**autorización previa**". Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que el plan no cubra el medicamento.

### Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que el plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina "**tratamiento escalonado**".

### Límites de cantidad

Para ciertos medicamentos, establecemos un límite en la cantidad de medicamento que puede obtener cada vez que surta su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo una píldora al día de un medicamento determinado, podemos limitar la cobertura de su medicamento con receta a no más de una píldora por día.

## SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera?

### Sección 5.1 Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o uno que usted y su proveedor consideran que debería estar tomando, no se encuentra en nuestro formulario o está en el formulario pero con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura de ese medicamento, tal como se indica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.
- Hay algunas cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que usted querría que lo estuviera. Si el medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

### Sección 5.2 ¿Qué puede hacer si su medicamento no figura en la Lista de medicamentos o si el medicamento tiene algún tipo de restricción?

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, éstas son algunas opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.

- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

### Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporario, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de medicamentos del plan** O **tiene actualmente algún tipo de restricción**.

- **Si es miembro nuevo,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para los que hayan sido miembros del plan por más de 90 días y residan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.
- **Cuando se pasa de un entorno de tratamiento a otro, por ejemplo, de un entorno de hospitalización a casa, se denomina cambio de nivel de atención.**

  Estos tipos de cambios a menudo no le dejan tiempo suficiente para determinar si una nueva receta contiene un medicamento que no está en la Lista de medicamentos del plan. En estas situaciones inesperadas, cubriremos un suministro de transición temporal de 30 días o un suministro de transición de 31 días si residen en un centro de atención a largo plazo (a menos que tenga una receta indicada por menos días).

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, comuníquese con Servicios para los miembros.

En el período durante el cual esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene dos opciones:

### 1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para los miembros y pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

### 2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, usted puede pedirle al plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es actualmente un miembro y el medicamento que está tomando se retira del formulario o tiene algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

## Sección 5.3 ¿Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto?

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

### Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para los miembros para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

### Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la norma.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos que ha establecido Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

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

## SECCIÓN 6 ¿Qué sucede si cambia la cobertura para alguno de sus medicamentos?

### Sección 6.1 La Lista de medicamentos se puede modificar durante el año

La mayoría de los cambios en la cobertura para medicamentos tienen lugar al comienzo de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo**.
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**.
- **Sustituir un medicamento de marca por uno genérico.**

Debemos cumplir con los requisitos de Medicare antes de modificar la Lista de medicamentos del plan.

### Sección 6.2 ¿Qué sucede si hay cambios en la cobertura para un medicamento que usted esté tomando?

#### Información sobre los cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea con regularidad. A continuación, señalamos los momentos en que recibirá un aviso directo si se realizan cambios sobre un medicamento que usted esté tomando.

## Cambios en su cobertura para medicamentos que lo afectan durante el año del plan actual

- **Un medicamento genérico nuevo reemplaza un medicamento de marca en la Lista de medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas)**
  - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero moverlo de inmediato a un nivel de costo compartido más alto, agregar nuevas restricciones o ambas cuando se agregue el nuevo medicamento genérico.
  - Quizás no le avisemos antes de que realicemos ese cambio, incluso si actualmente usted está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede seguir para solicitar una excepción para que cubramos el medicamento de marca. Quizás no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
  - Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.
- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
  - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando ese medicamento, le informaremos de inmediato.
  - La persona autorizada a dar recetas también estará enterada de este cambio y puede ayudarlo a encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de medicamentos, o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas. También podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.

- Para estos cambios, debemos avisarle con, al menos, 30 días de anticipación, o darle un aviso del cambio y un resurtido para 30 días del medicamento que esté tomando en una farmacia de la red.
- Después de recibir el aviso del cambio, usted deberá trabajar junto a la persona autorizada a dar recetas para cambiar a un medicamento diferente que esté cubierto por nosotros o para satisfacer cualquier nueva restricción del medicamento que esté tomando.
- Usted o la persona autorizada a dar recetas puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

### Cambios en la lista de medicamentos que no lo afectarán durante este año del plan

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted esté tomando (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni ninguna otra restricción agregada a su uso del medicamento.

No le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

## SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* cubre el plan?

### Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

En esta sección, se describen los tipos de medicamentos con receta que se "excluyen". Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan tres normas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan, por lo general, no puede cubrir el uso para una indicación no autorizada. "Uso para una indicación no autorizada" es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para un "uso para una indicación no autorizada" solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada. A continuación, se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.

- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante pretenda exigir como condición de venta que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre.

Esta incluye la cobertura de los siguientes medicamentos del Nivel 2 de costo compartido:

*sildenafil 25 MG* - QL 6/30
*sildenafil 50 MG* - QL 6/30
*sildenafil 100 MG* - QL 6/30
*ácido fólico 1 MG* - QL 30/30
*ergocalciferol 1.25 MG* - QL 4/28
*vitamina B12 1000 MCG/ML*- QL 1/30

El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 7 del Capítulo 6 de este documento, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Además, si está **recibiendo "Ayuda adicional"** pagar sus medicamentos con receta, el programa de "Ayuda adicional" no pagará los medicamentos que por lo general no cubre. Sin embargo, si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

## SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

### Sección 8.1 Proporcione información sobre su membresía

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de su membresía en el plan que figura en su tarjeta de miembro, en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

### Sección 8.2 ¿Qué sucede si no tiene la información de miembro con usted?

Si no tiene la información de su membresía en el plan en el momento de obtener su medicamento con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. (Después, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2.1 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan).

## SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales

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

Si usted ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubra el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

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

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de atención a largo plazo, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o la que sea que éste utilice, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia del centro de atención a largo plazo, o la que sea que éste utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para los miembros. Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

### ¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción?

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

## Sección 9.3 ¿Qué sucede si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados?

Si tiene actualmente otra cobertura para medicamentos con receta a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos con receta en relación con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

### Nota especial sobre la “cobertura acreditable”:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos con receta para el año calendario siguiente es “acreditable”.

Si la cobertura del plan del grupo es “**acreditable**”, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare.

**Guarde este aviso sobre la cobertura acreditable**, porque es posible que lo necesite más adelante. Si se inscribe en un plan de Medicare que incluye cobertura para medicamentos de la Parte D, es posible que necesite estos avisos para demostrar que usted ha mantenido la cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

## Sección 9.4 ¿Qué sucede si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare?

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos que no estén cubierto por el hospicio porque no están relacionado con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor

del hospicio o a la persona autorizada que provea notificación antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

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

### Sección 10.1 Programas que ayudan a los miembros a utilizar los medicamentos en forma segura

Llevamos a cabo revisiones sobre el uso de los medicamentos para nuestros miembros para ayudarlos a asegurarse de que estén recibiendo una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como estos:

- Posibles errores en los medicamentos
- Medicamentos que pueden no ser necesarios porque usted está tomando otro medicamento para tratar la misma afección
- Medicamentos que pueden no ser seguros o apropiados debido a su edad o sexo
- Ciertas combinaciones de medicamentos que podrían hacerle daño si los toma al mismo tiempo
- Recetas para medicamentos que tienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando.
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides.

Si detectamos un posible problema en su uso de los medicamentos, colaboraremos con su proveedor para corregir el problema.

### Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este

programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes médicos o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con sus médicos y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta no es seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinada(s) farmacia(s).
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de determinado(s) médico(s).
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. La carta explicará las limitaciones que consideramos que debemos aplicar a su caso. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué médicos o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere de nuestra importancia. Después de 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 nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con un cáncer activo o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención en un hospicio, atención paliativa o atención de final de vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

## Sección 10.3 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos creó el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones y tienen altos costos de medicamentos, o que están en un DMP que ayuda a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. También mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con Servicios para los miembros.

# CAPÍTULO 6:

## *Lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D.*

### ¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura* sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado que se denomina "Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs" (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como "Low Income Subsidy Rider" o "LIS Rider" (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los miembros y pida la "Cláusula adicional LIS".

## SECCIÓN 1 Introducción

### Sección 1.1 Utilice este capítulo junto con la otra documentación que explica la cobertura para medicamentos

Este capítulo se centra en lo que le corresponde pagar por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, en este capítulo, usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. Las Secciones 1 a 4 del Capítulo 5 explican estas normas.

### Sección 1.2 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen diferentes tipos de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina "costo compartido" y hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El "**deducible**" es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El "**copago**" es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El "**coseguro**" es un porcentaje que usted paga del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

## Sección 1.3 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

### Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

**Los costos que paga de su bolsillo incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de los medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
  - La Etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.

**Es importante quién paga:**

- Si **usted** hace estos pagos, se incluyen en los costos que paga de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los efectúa **otra persona u organización** en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, por un Programa estatal de asistencia farmacéutica que esté calificado por Medicare o por el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense. También se incluyen los pagos hechos por el programa de "Ayuda adicional" de Medicare.
- Se incluyen algunos de los pagos realizados por el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que el fabricante paga por los medicamentos de marca. Sin embargo, no se incluye el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos.

**Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:**

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $7,400 en el año calendario, pasará de la Etapa del período sin cobertura a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

## Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que nuestro plan no cubra.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos con receta de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que usted realiza por medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos que realice el plan por sus medicamentos genéricos o de marca mientras se encuentre en la Etapa del período sin cobertura.
- Pagos de sus medicamentos que realicen planes de salud grupal, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que realicen ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de veteranos.
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).

*Recordatorio:* Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan comunicándose con Servicios para los miembros.

### ¿Cómo puede llevar un registro del total de los costos que paga de su bolsillo?

- **Nosotros lo ayudaremos**. El informe de la EOB de la Parte D que usted recibe incluye el monto actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance $7,400, en este informe se le indicará que ha dejado la Etapa del período sin cobertura y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. En la Sección 3.2 se describe lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

## SECCIÓN 2 El precio que usted paga por un medicamento depende de la "etapa de pago de medicamentos" en la que esté al obtener el medicamento

### Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de los medicamentos para los miembros de KelseyCare Advantage Gold Freedom?

Hay cuatro "etapas de pago de los medicamentos" para su cobertura para medicamentos con receta según KelseyCare Advantage Gold Freedom. El monto que paga depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se encuentran en la Sección 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

**Etapa 1: Etapa del deducible anual**

**Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**

**Etapa 3: Etapa del período sin cobertura**

**Etapa 4: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por la insulina -** No pagará más de $35 por un suministro de un mes para cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, independientemente del nivel de costo compartido en que se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

## SECCIÓN 3 Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y la etapa de pago en la que se encuentra

### Sección 3.1 Le enviamos un resumen mensual llamado *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D")

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. A este se lo denomina costo "**que paga de su bolsillo**".
- Llevamos un registro de los "**costos totales de sus medicamentos**". Esta es la cantidad que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

Si ha obtenido uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *Explicación de beneficios de la Parte D* ("EOB de la Parte D"). La EOB de la Parte D incluye:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** A esto se lo denomina información "del año hasta la fecha". Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre aumentos en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento.

## Sección 3.2 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:
    - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando realice un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.

  - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o cuando pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
  - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y la mayoría de las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D", revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que faltan datos o tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para los miembros. El informe también se encuentra disponible electrónicamente en Caremark.com. Asegúrese de guardar estos informes.

## SECCIÓN 4 Durante la Etapa del deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5.

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Usted pagará un deducible anual de $100 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5. **Debe pagar el costo total de sus medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5** hasta que alcance el monto del deducible del plan. Para todos los demás medicamentos, no deberá pagar ningún deducible. El **"costo total"** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, puesto que el plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado $100 por los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

No hay deducible para KelseyCare Advantage Gold Freedom para Insulinas Selectas. En la Etapa del deducible, los costos que paga de su bolsillo por estas Insulinas Selectas serán un copago de $30 a $35 por un suministro de un mes. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica. Puede identificar las Insulinas Selectas a través del símbolo "SI" en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento).

# SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y usted paga su parte

## Sección 5.1 Lo que pague por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos con receta cubiertos, y usted paga su parte (el copago o monto de coseguro). La parte que le corresponde del costo varía según el medicamento y dónde obtiene los medicamentos con receta.

### El plan tiene 6 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

| Nivel de costo compartido | Medicamentos incluidos en el nivel |
|---|---|
| Nivel 1 (nivel de costo compartido más bajo) | Genérico preferido: incluye medicamentos genéricos preferidos y puede incluir algunos medicamentos de marca. |
| Nivel 2 | Genérico: incluye medicamentos genéricos y puede incluir algunos medicamentos de marca. |
| Nivel 3 | Marca preferida: incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos. |
| Nivel 4 | Medicamento no preferido: incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos. |
| Nivel 5 (nivel de costo compartido más alto) | Nivel de especialidad: es el nivel más alto e incluye medicamentos de marca y genéricos de alto costo. |
| Nivel 6 | Medicamentos de cuidados selectos: es el nivel más bajo y contiene vacunas preventivas y medicamentos genéricos de cuidados selectos para tratar afecciones como la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto. |

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos del plan.

### Sus opciones de farmacia

El monto que usted pague por un medicamento se determina según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido.
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan.

## Sección 5.2 Una tabla que muestra sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento

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

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

A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

**Su parte del costo cuando recibe un suministro para *un mes* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

| | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para hasta 30 días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro para hasta 30 días) | **Costo compartido de pedido por correo preferido** (un suministro para hasta 30 días) | **Costo compartido de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC)** (un suministro para hasta 31 días) | **Costo compartido fuera de la red** (La cobertura se limita a ciertas situaciones. Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro para hasta 30 días) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costo compartido** (Genérico preferido) | Copago de $3 | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $3 | Copago de $3 |
| **Nivel 2 de costo compartido** (Genérico) | Copago de $15 | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $15 | Copago de $15 |
| **Nivel 3 de costo compartido** (Marca preferida) | Copago de $45/copago de $35 para Insulinas Selectas | Copago de $40/copago de $30 para Insulinas Selectas | Copago de $40/copago de $30 para Insulinas Selectas | Copago de $45/copago de $35 para Insulinas Selectas | Copago de $45 /copago de $35 para Insulinas Selectas |
| **Nivel 4 de costo compartido** (Medicamento no preferido) | Copago de $90 | Copago de $80 | Copago de $80 | Copago de $90 | Copago de $90 |
| **Nivel 5 de costo compartido** (De especialidad) | Coseguro del 31% | Coseguro del 31% | Coseguro del 31% | Coseguro del 31% | Coseguro del 31% |
| **Nivel 6 de costo compartido** (Medicamentos de cuidados selectos): | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 |

## Sección 5.3 Si su médico le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que usted no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su médico deseen obtener el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo de sus medicamentos, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido de diferentes medicamentos con receta.

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

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted debe realizar un copago por el medicamento, solo deberá pagar por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de pagar por el mes completo. Calcularemos la cantidad que paga por día por su medicamento (el “costo compartido diario”) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

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

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado “suministro extendido”). Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días.

La siguiente tabla muestra lo que usted paga cuando recibe un suministro de un medicamento a largo plazo.

- A veces, el costo del medicamento puede ser inferior a su copago. En estos casos, usted paga el precio más bajo del medicamento en lugar del copago.

**La parte que le corresponde pagar del costo al obtener un suministro *a largo plazo* de un medicamento con receta cubierto de la Parte D:**

| | **Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (un suministro para hasta 90 días) | **Costo compartido minorista preferido (dentro de la red)** (un suministro para hasta 90 días) | **Costo compartido de pedido por correo preferido** (un suministro para hasta 90 días) |
|---|---|---|---|
| **Nivel 1 de costo compartido** (Genérico preferido) | Copago de $9 | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Nivel 2 de costo compartido** (Genérico) | Copago de $45 | Copago de $0 | Copago de $0 |
| **Nivel 3 de costo compartido** (Marca preferida) | Copago de $135/copago de $105 para Insulinas Selectas | Copago de $100/copago de $75 para Insulinas Selectas | Copago de $100/copago de $75 para Insulinas Selectas |
| **Nivel 4 de costo compartido** (Medicamento no preferido) | Copago de $270 | Copago de $200 | Copago de $200 |
| **Nivel 5 de costo compartido** (De especialidad) | No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5. | No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5. | No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5. |
| **Nivel 6 de costo compartido** (Medicamentos de cuidados selectos): | Copago de $0 | Copago de $0 | Copago de $0 |

## Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales anuales de sus medicamentos alcancen los $4,660

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el monto total correspondiente a los medicamentos con receta que ha obtenido llegue al **límite de $4,660 para la Etapa de cobertura inicial**.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para su límite de cobertura inicial o el total de los costos que paga de su bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero, han gastado en usted durante el año. Muchas personas no llegan al límite de $4,660 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Si llega a este monto, saldrá de la Etapa de cobertura inicial y pasará a la Etapa del período sin cobertura. Consulte la Sección 1.3 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

## SECCIÓN 6 Costos en la Etapa del período sin cobertura

Cuando usted está en la Etapa del período sin cobertura, el Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Paga el 25% del precio negociado y una parte del costo de suministro de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante se tienen en cuenta para los costos que paga de su bolsillo como si usted hubiera pagado esa cantidad y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

Usted continúa pagando su costo compartido de la Etapa de cobertura inicial para los medicamentos genéricos preferidos del Nivel 1, los medicamentos genéricos del Nivel 2 y los medicamentos de cuidados selectos del Nivel 6. También recibe cierto grado de cobertura para los medicamentos genéricos del Nivel 5 (De especialidad). No paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto del costo. Solo el monto que usted paga es considerado y lo desplaza a lo largo del período sin cobertura.

KelseyCare Advantage Gold Freedom ofrece cobertura adicional durante la Etapa del período sin cobertura para Insulinas Selectas. Durante la Etapa del período sin cobertura, los costos que tendrá que pagar de su bolsillo para Insulinas Selectas serán un copago de $30 a $35 por un suministro de un mes. Para averiguar qué medicamentos son Insulinas Selectas, consulte la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos de manera electrónica. Puede identificar las Insulinas Selectas a través del símbolo “SI” en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista de medicamentos, también puede comunicarse con Servicios para los miembros (los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento).

Usted sigue pagando estos costos hasta que el total de lo que paga de su bolsillo llegue a la cantidad máxima que ha fijado Medicare. Una vez que alcance este monto $7,400, sale de la Etapa del período sin cobertura y pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

## SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $7,400 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Usted pagará:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será el coseguro o el copago, el monto que sea *mayor*:
  - Coseguro del 5% del costo del medicamento.
  - *O bien*, $4.15 para un medicamento genérico o un medicamento que se trata como genérico y $10.35 para todos los demás medicamentos.
- **Su parte** del costo de un medicamento excluido cubierto como un beneficio complementario será:
  - Coseguro del 5% del costo del medicamento.
  - O bien, $4.15

## SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que usted pague dependerá de cómo y dónde las obtenga

**Mensaje importante acerca de lo que usted paga por las vacunas -** Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

Hay dos partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

- La primera parte de la cobertura es el costo **de la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es para el costo de la **administración de la vacuna**. (A veces se la denomina “colocación” de la vacuna).

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de tres elementos:

1. **El tipo de vacuna** (para qué se la administran).
   - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos [lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar]* que se encuentra en el Capítulo 4).

- Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan.

2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico puede administrarle la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrársela en el consultorio médico.

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué Etapa del medicamento se encuentre.

- A veces, cuando obtenga una vacuna, deberá pagar por el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación, se incluyen tres ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

*Situación 1:* Obtiene su vacuna en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Usted le pagará a la farmacia su copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

*Situación 2:* Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará por el costo total de la misma y por el del proveedor que se la administró.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos que se encuentran descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que usted haya pagado, menos el copago normal por la vacuna (incluida la administración) y la diferencia que exista entre el monto que le cobre el médico y lo que nosotros solemos pagar. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

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

- Usted deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, deberá pagar el costo total de este servicio. Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que le haya cobrado el médico por la administración de la vacuna, menos la diferencia que exista entre el monto que cobre el médico y lo que nosotros solemos pagar. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos la diferencia).

# CAPÍTULO 7:

## *Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos*

## SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (a la acción de devolver el dinero a menudo se la llama "reembolsar"). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más del monto que le corresponde de los costos de servicios médicos o medicamentos que estén cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que se le prestó, o tal vez por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido, tal como se indica en este documento. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

### 1. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan

Usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo debe pagar la parte del costo que le corresponde por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total en el momento de recibir el servicio, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
- Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
    - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.

- Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

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

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirle a usted solo su parte del costo. Sin embargo, a veces cometen errores y le piden que pague más de lo que le corresponde.

- Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina "facturación de saldos". Esta protección (en la que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según el plan.

### 3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Deberá enviarnos cierta documentación, tal como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

### 4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que sólo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para acceder a un análisis de estas circunstancias.

### 5. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan

Si no lleva consigo su tarjeta de miembro del plan, puede pedirle a la farmacia que llame al plan o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener de inmediato la información que necesita sobre la inscripción, es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo.

### 6. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su médico para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo.

### 7. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de una sala de emergencia independiente

Las salas de emergencia independientes, que no son parte de una cadena de hospitales locales, no pueden negarse a proporcionarle atención de emergencia; sin embargo, es posible que no estén autorizados por Medicare. Por lo tanto, estas instalaciones no están obligados a aceptar las tarifas de pago de Medicare. Esto significa que tanto el centro como el médico que lo atiende pueden facturarle más que Medicare, lo que podría generarle costos de bolsillo más altos. Si busca atención de emergencia en uno de esos centros, debe preguntarles si aceptan las tarifas de pago de Medicare.

- Si usted paga el monto total al momento del servicio, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. El plan pagará 100% de las tarifas de Medicare menos el copago de la sala de emergencias.
- Debido a que estos centros no tienen licencia de Medicare, no podemos evitar que le facturen más de Medicare, ni podemos evitar que tenga que pagar costos de bolsillo más altos.

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

## SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B. Para los medicamentos de la Parte D, **debe presentarnos la reclamación dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el medicamento.

Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago. Para el reembolso de las reclamaciones médicas, diríjase por escrito a la dirección que figura a continuación.

Envíenos su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo de pago a esta dirección:

**Para los reclamos de medicamentos de la Parte D:**

CVS Caremark® Part D Services
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

**Para los reclamos médicos:**

KelseyCare Advantage
ATTN: Member Services
P.O. Box 841569
Pearland, TX 77584-9832

## SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

### Sección 3.1 Comprobamos si debemos cubrir el servicio o el medicamento y cuánto debemos

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

## Sección 3.2 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento o de la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

# CAPÍTULO 8:
## *Sus derechos y responsabilidades*

## SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan

### Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red del plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, sólo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días a la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

## Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, in braille, in large print, or other alternate formats, etc.)

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the 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.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialists or finding a network specialist, please call to file a grievance with Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535-8343. (TTY users should call 711.) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time, seven days a week, from October 1 – March 31. From April 1 – September 30, Monday through Friday, hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time. Messaging service used weekends, after hours, and on federal holidays. 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 at 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

## Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. Usted también tiene derecho a consultar con un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de una remisión.

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 de este documento le explica lo que puede hacer.

## Sección 1.3 Debemos proteger la privacidad de su información de salud personal

Las leyes federales y estatales protegen la privacidad de sus registros médicos y su información de salud personal. Protegemos su información de salud personal según lo exigido por estas leyes.

- Su "información de salud personal" incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina "Notice of Privacy Practice" (Notificación sobre prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

### ¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información acerca de sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

### Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por el plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto a su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros.

### Notificación sobre prácticas de privacidad de KelseyCare Advantage Gold Freedom

KS Plan Administrators, LLC ha asumido el compromiso de asegurar la privacidad y la confidencialidad de la Información de salud protegida (PHI) de nuestros miembros y respalda plenamente las disposiciones de la Norma de Privacidad de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) de 1996.

Esta notificación describe cómo puede usarse y divulgarse la información médica acerca de usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Revísela cuidadosamente.

KS Plan Administrators, LLC ha asumido el compromiso de proteger la confidencialidad de su información de salud personal. A fin de brindar y administrar servicios y beneficios en forma efectiva para usted, KS Plan Administrators, LLC debe recopilar y divulgar determinada información de salud protegida. Sin embargo, esto se realiza únicamente de acuerdo con las políticas de privacidad de KS Plan Administrators, LLC. Asimismo, las leyes federales y estatales requieren que protejamos la privacidad de su información de salud protegida. Le informaremos de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber puesto en peligro la privacidad o la seguridad de su información.

Esta Notificación sobre prácticas de privacidad describe cómo KS Plan Administrators, LLC puede recopilar, usar y divulgar su información de salud protegida, y sus derechos sobre su información de salud protegida. La información de salud protegida es información sobre usted o sus dependientes, incluida información demográfica, que puede usarse razonablemente para identificarlo y que se relaciona con su condición o salud mental o física pasada, presente o futura, servicios de atención de la salud que usted recibió o nuestro pago por dicha atención. Debemos proteger su información de salud protegida y proporcionarle esta notificación sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad. Debemos cumplir con las prácticas de privacidad descritas en esta notificación mientras se encuentre vigente.

Esta notificación entra en vigencia el 1 de abril de 2007 y permanecerá vigente hasta que la reemplacemos o la modifiquemos.

### ¿Qué es la Información de salud protegida (PHI)?

Ya sea en función de nuestra política de confidencialidad o la ley pertinente, KS Plan Administrators, LLC protege la privacidad de su información de salud protegida ("PHI"). La PHI es información que sola, o en conjunto con otros datos que recopilamos de usted o sobre usted, permitiría identificarlo. Por ejemplo, información médica utilizada para ayudar a los miembros a obtener atención necesaria, o información sobre pagos de servicios que recibió, así como información descriptiva sobre dichos servicios, se considera PHI.

### Cómo podemos usar y divulgar su PHI

A fin de brindar cobertura para tratamiento y pagar dichos servicios, necesitamos usar y divulgar su PHI en varias maneras diferentes. El personal de KS Plan Administrators, LLC está capacitado en el manejo apropiado de su PHI y ejecuta sus responsabilidades específicas usando solamente la información requerida para su función. KS Plan Administrators, LLC mantiene y aplica políticas que rigen el uso de PHI por parte de los miembros del personal para asegurar el manejo adecuado. Los procedimientos para lograr estas protecciones internas contra el manejo inadecuado de PHI en todo el personal incluyen disposiciones sobre protecciones físicas y técnicas que se aplican para evitar que PHI verbal, escrita y electrónica sea manejada en forma inadecuada por miembros del personal cuando llevan a cabo sus responsabilidades. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de usos y divulgaciones de su PHI que tenemos permitido hacer sin su autorización:

### PARA PAGOS

KS Plan Administrators, LLC usará y divulgará su PHI para administrar su contrato o póliza de beneficios de salud, lo cual puede involucrar la determinación de la elegibilidad; el pago de reclamaciones; actividades de revisión de la utilización; revisión de necesidades médicas; coordinación de beneficios y respuesta a quejas, apelaciones y solicitudes de revisión externa. Algunos ejemplos incluyen:

- Usar PHI a fin de pagar reclamaciones que nos han presentado médicos y hospitales para el pago.
- Transmitir PHI a un tercero para facilitar la administración de una Cuenta de gastos flexibles, una Cuenta de ahorros de salud, una Cuenta de reembolso de salud o un plan de beneficios odontológicos, si tiene uno de estos.
- Es posible que se comparta PHI adicional de dependientes con el suscriptor cuando se administra un contrato de membresía familiar (por ejemplo, el estado actual de copagos y montos de deducible para los dependientes).

### PARA OPERACIONES DE ATENCIÓN DE LA SALUD

KS Plan Administrators, LLC puede usar y divulgar su PHI para fines operativos. Por ejemplo, es posible que se divulgue su PHI a miembros del personal dentro de KS Plan Administrators,

LLC, como personal de administración médica, gestión de riesgos o mejora de la calidad, y a terceros para lo siguiente:

- Evaluar la calidad de la atención y los resultados en sus casos y casos similares
- Aprender cómo mejorar nuestros servicios y centros a través del uso de encuestas internas y externas
- Determinar cómo mejorar continuamente la calidad y la efectividad de los servicios de atención de la salud que reciben nuestros miembros
- Evaluar el desempeño de nuestro personal, por ejemplo, para revisar la documentación de llamadas de nuestros representantes de servicios para miembros

Asimismo, su PHI puede usarse para los siguientes fines, cada uno de los cuales se consideran operaciones de atención de la salud:

- Compartir datos usados para la inscripción, cancelación de la inscripción y facturación de servicios premium, así como datos de renovaciones de resumen con el Patrocinador de su plan (su empleador y/o sus representantes, si está inscrito a través de un empleador).
- Es posible que se comparta otra información no mencionada anteriormente solo después de que KS Plan Administrators, LLC reciba las certificaciones apropiadas de que la PHI no será usada por su empleador para tomar decisiones con respecto a su empleo ni para otros fines no previstos.
- Si tiene un médico de atención primaria que maneja su atención, es posible que le brindemos el nombre de dicho profesional al Patrocinador de su plan, a fin de permitirle a su Patrocinador evaluar los efectos de cambios en la red que usted tiene disponible.
- Provisión de información de contacto a un encuestador externo seleccionado por el gobierno federal para realizar encuestas de satisfacción de rutina con nuestros beneficiarios de KelseyCare Advantage Gold Freedom.
- Actividades de mejora y evaluación de la calidad, como revisión por pares y obtención de credenciales de nuestros proveedores afiliados.
- Acreditación por parte de organizaciones independientes, como el Comité Nacional de Aseguramiento de la Calidad (National Committee for Quality Assurance).
- Medición del desempeño y evaluación de resultados, análisis de reclamaciones de salud e investigación de servicios de salud.
- Salud preventiva, detección temprana, manejo de enfermedades, manejo de casos y programas de coordinación de la atención, incluidos recordatorios de servicios de salud preventivos.
- Suscripción de seguro, fijación de tarifas y determinación de los montos de distribución de costos, así como la administración de pólizas de reaseguro.
- Manejo de riesgos, auditoría y detección de conductas ilegales.
- Transferencia de pólizas o contratos de y a otras compañías de seguros, planes de

salud o terceros administradores.

- Facilitación de cualquier posible venta, transferencia, fusión o consolidación de la totalidad o una parte de una "entidad cubierta" como KS Plan Administrators, LLC con otra entidad cubierta, y la diligencia debida relacionada con dicha actividad.
- Otras actividades administrativas generales, incluidos manejo de datos y sistemas de información, servicio de atención al cliente y cobro de primas.

**PARA TRATAMIENTO**

KS Plan Administrators, LLC puede divulgar su PHI a proveedores de atención de la salud (médicos, dentistas, farmacias, hospitales y otros cuidadores) que la soliciten en conexión con su tratamiento. Por ejemplo, por su seguridad, podemos proporcionar una lista de medicamentos que usted haya recibido a través de su cobertura de KS Plan Administrators, LLC a médicos clínicos de salas de emergencias que le brinden tratamiento para intentar reducir la posibilidad de interacciones adversas entre medicamentos. Esta información se brindará únicamente a médicos clínicos de salas de emergencias con su consentimiento, a menos que usted no pueda otorgar su consentimiento. También podemos divulgar su PHI a proveedores de atención de la salud en conexión con iniciativas de salud preventivas, programas de detección temprana y programas de manejo de enfermedades. Por ejemplo, KS Plan Administrators, LLC puede divulgar información a médicos que participen en su atención que incluye una lista de medicamentos que usted ha surtido utilizando su cobertura de KS Plan Administrators, LLC (esto alertará a dichos médicos que le brinden tratamiento acerca de aquellos medicamentos que otros profesionales le han recetado y ayudará a minimizar el potencial de interacciones adversas entre medicamentos). KS Plan Administrators, LLC también puede divulgar información a su médico de atención primaria para sugerir un programa de bienestar o manejo de enfermedades que podría ayudarlo a mejorar su salud.

A veces, KS Plan Administrators, LLC puede contratar a otras organizaciones para brindar servicios en nuestro nombre. Cuando se llevan a cabo estos servicios, se accede a PHI o esta se divulga. En estos casos, KS Plan Administrators, LLC firmará un acuerdo en el que se detallen explícitamente los requisitos asociados con la protección, el uso y la divulgación de su PHI.

Algunos ejemplos de dichos "socios comerciales" incluyen compañías de administración de la salud del comportamiento y administradores de beneficios de farmacias.

**OTROS USOS Y DIVULGACIONES PERMITIDOS O REQUERIDOS DE PHI**

Otros usos y divulgaciones permitidos o requeridos de PHI que no requieren su autorización incluyen los siguientes:

- **Padres como representantes personales de menores:** en la mayoría de los casos, la PHI de su hijo menor de edad puede ser divulgada a usted. Sin embargo, es posible que por ley debamos negar el acceso de un padre a la PHI de un menor por determinados diagnósticos o tratamientos, como enfermedades de transmisión sexual, servicios de planificación familiar, etc.

- **Compensación de los trabajadores:** es posible que se use o divulgue su PHI para cumplir con las leyes y regulaciones relacionadas con la Compensación de los trabajadores.
- **Actividades de salud pública:** su PHI puede ser usada o divulgada para actividades de salud pública, como asistencia a autoridades de salud pública u otras autoridades legales para prevenir o controlar una enfermedad, lesión o discapacidad, rastreo de problemas con medicamentos recetados o dispositivos médicos, o para otras actividades de supervisión de la salud.
- **Investigación**: KS Plan Administrators, LLC puede usar su PHI para fines de investigación cuando nuestro Comité de Mejora de la Calidad ha revisado la propuesta de investigación y ha aprobado la investigación en función de protocolos establecidos para asegurar la privacidad de su PHI.
- **Procedimientos legales:** su PHI puede ser divulgada durante el curso de cualquier procedimiento legal, en respuesta a una orden de un tribunal o de un tribunal administrativo y, en determinados casos, en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal.
- **Si está inscrito en un plan de salud grupal:** si está inscrito en KS Plan Administrators, LLC a través de su trabajo o a través de la póliza de un miembro de la familia, usted está inscrito en un "Plan de salud grupal". Si su empleador ha establecido procedimientos para proteger su PHI como lo requiere la ley federal, y el Plan de salud grupal elige recibir PHI de KS Plan Administrators, LLC, es posible que divulguemos esta información a su empleador patrocinante y/o a su representante. Hable con su empleador patrocinante para obtener más detalles.
- **Supervisión de la salud:** su PHI puede ser divulgada a una agencia del gobierno autorizada para supervisar el sistema de atención de la salud o los programas del gobierno o sus contratistas (por ejemplo, el Departamento de Salud y Servicios Humanos [HHS] de los EE.UU., un departamento de seguros estatal o el Departamento de Trabajo de los EE.UU.) para actividades autorizadas por ley, como auditorías, exámenes, investigaciones, inspecciones y actividades de obtención de licencias. Si bien no prevemos que las siguientes situaciones ocurrirán con frecuencia, estos posibles usos y divulgaciones pueden ocurrir sin su autorización por escrito:
- **Según lo requiere la ley:** KS Plan Administrators, LLC puede usar y divulgar información sobre usted según lo requiere la ley. Por ejemplo, KS Plan Administrators, LLC puede divulgar información para los siguientes fines:
    - Para presentar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica.
    - Para ayudar a funcionarios de la justicia a cumplir con sus obligaciones.
- **Funciones del gobierno:** su PHI puede ser divulgada para prevenir una amenaza grave a su salud o seguridad, o la de cualquier persona, conforme a la ley vigente. También podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para fines de seguridad nacional. Asimismo, en determinadas circunstancias, podemos divulgar su PHI si usted es o fue miembro de las Fuerzas Armadas, para aquellas actividades que las autoridades militares apropiadas consideren necesarias.

- **Presos:** si usted está preso, su PHI puede ser divulgada a una institución correccional o un funcionario de la justicia que tenga la custodia legal, si la divulgación de dicha información es necesaria para brindarle atención de la salud, proteger su salud y seguridad, y la de otros, o mantener la seguridad y protección de la institución correccional.
- **Difuntos:** la PHI puede ser divulgada a directores funerarios o forenses para permitirles llevar a cabo sus obligaciones legales.
- **Donación de órganos/tejidos:** su PHI puede ser usada o divulgada a organizaciones de obtención de órganos para facilitar los fines de trasplante/donación de tejidos, ojos u órganos de cadáver únicamente con su autorización previa.

## USOS Y DIVULGACIONES QUE REQUIEREN SU AUTORIZACIÓN PREVIA POR ESCRITO

Los usos y divulgaciones de PHI distintos a los mencionados anteriormente en la Sección II se realizarán solo con su autorización por escrito, a menos que la ley exija o permita lo contrario. Usted puede revocar dicha autorización, en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que ya hayamos actuado en función de una autorización otorgada previamente.

Si usted otorga una autorización por escrito, su PHI puede ser divulgada a su representante personal, una persona (un adulto o menor emancipado) que KS Plan Administrators, LLC reconozca que tiene la autoridad para actuar en nombre de otra persona para tomar decisiones relacionadas con la atención de la salud. Muchos miembros nos piden que divulguemos su PHI a terceros por motivos que no se describen en esta notificación. Por ejemplo, los miembros de edad avanzada a menudo nos piden que pongamos sus registros a disposición de miembros de la familia o cuidadores. Para autorizarnos a divulgar cualquier parte de su PHI a una persona u organización por motivos distintos a los descritos en esta notificación, llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación y se le proporcionará el formulario de autorización apropiado. Debe enviar el formulario completado a nuestro Departamento de Servicios para los miembros. Puede revocar la autorización en cualquier momento enviando una carta a nuestro Departamento de Servicios para los miembros a P.O. Box 841569, Pearland, Texas 77584-9832.

Es importante que tenga en cuenta que una vez que nos otorga su autorización para divulgar su información de salud, la PHI que divulgamos queda fuera del control de KS Plan Administrators, LLC. KS Plan Administrators, LLC no puede evitar que dicha PHI sea divulgada nuevamente por la(s) persona(s) a la(s) que nos autorizó a divulgarla. Finalmente, KS Plan Administrators, LLC no usará su PHI para ofrecerle servicios o productos no relacionados con su cobertura de atención de la salud o su condición de salud sin su autorización.

## SUS DERECHOS RESPECTO DE SU PHI

A continuación, se incluyen sus derechos con respecto a su PHI.

## DERECHO A ACCEDER A COPIAS DE SU PHI Y RECIBIRLAS

Tiene derecho a acceder a una copia de su PHI o a recibirla. Es posible que le pidamos que solicite acceso o copias de sus registros por escrito y que nos brinde la información específica

que necesitamos para cumplir con su solicitud. Nos reservamos el derecho a cobrar una tarifa razonable, basada en los costos, por el costo de producir y enviar por correo copias de dicha información. Haremos todo lo posible por proporcionarle la PHI solicitada dentro de los quince (15) días hábiles de recibir una solicitud por escrito completa y las tarifas relacionadas. Si estamos usando un sistema electrónico de registros de salud capaz de cumplir con la solicitud, la ley de Texas nos exige que proporcionemos los registros solicitados a más tardar quince (15) días hábiles después de la fecha en que recibimos su solicitud por escrito, y debemos proporcionarle dichos registros a usted en forma electrónica a menos que haya aceptado recibir los registros de otra forma. Hay determinados casos en los que no se nos permite cumplir con su solicitud de acceder o recibir su PHI.

Usted no puede inspeccionar ni copiar:

- Información compilada con anticipación razonable o para ser usada en acciones o procedimientos administrativos, penales o civiles.
- Notas de psicoterapia que pueden ser presentadas a KS Plan Administrators, LLC en relación con una queja o apelación de un miembro. (Estas notas confidenciales nunca son solicitadas por KS Plan Administrators, LLC).
- PHI que esté sujeta a las Enmiendas de Mejoras de Laboratorio Clínico de 1988.
- Información creada u obtenida por KS Plan Administrators, LLC en el curso de investigación que incluye tratamiento. El acceso a estos registros puede verse temporalmente suspendida por el tiempo en que la investigación esté en progreso.
- PHI que fue obtenida de alguien distinto de un proveedor de atención de la salud a quien se le prometió confidencialidad, y es probable que el acceso solicitado razonablemente revele la fuente de la información.

## DERECHO A ENMENDAR O CORREGIR SU PHI

Si cree que su información de salud protegida es incorrecta o incompleta, tiene derecho a pedirnos que enmendemos su PHI. Todas las solicitudes de enmiendas deben realizarse por escrito. En determinados casos, podemos negar su solicitud. Por ejemplo, podemos negar una solicitud si no creamos la información, como sucede a menudo en el caso de información médica generada por un proveedor y almacenada en nuestros registros, o si creemos que la información actual es correcta. Todos los rechazos se realizarán por escrito en el término de sesenta (60) días de la solicitud original. Usted puede responder presentando una declaración de desacuerdo por escrito ante KS Plan Administrators, LLC y nosotros tendremos el derecho de refutar dicha declaración.

Si cree que alguien ha recibido PHI no enmendada de nuestra parte, nos debe informar en el momento de la solicitud si desea que dicha persona sea informada acerca de cualquier enmienda que aceptemos realizar posteriormente.

## DERECHO A SOLICITAR COMUNICACIONES CONFIDENCIALES

KS Plan Administrators, LLC reconoce que los miembros tienen derecho a recibir comunicaciones respecto de su PHI en una forma y un lugar que la persona considere a salvo del uso o divulgación no autorizados. Para respaldar este compromiso, KS Plan Administrators, LLC

permitirá que las personas soliciten recibir PHI en medios alternativos o lugares alternativos. Consideraremos e intentaremos satisfacer todas las solicitudes razonables, y debemos aceptar una solicitud si usted nos informa que estaría en peligro si no lo hiciéramos. Todas las solicitudes deben realizarse por escrito.

### DERECHO A UNA JUSTIFICACIÓN DE DIVULGACIONES DE SU PHI

Tiene derecho a solicitar una justificación de dichas instancias en las que hemos divulgado su PHI durante seis (6) años antes de la fecha de su solicitud, con quién la compartimos y el motivo. Todas las solicitudes deben realizarse por escrito. KS Plan Administrators, LLC le requerirá que nos proporcione la información específica que necesitamos para cumplir con su solicitud. Proporcionaremos dicha justificación sin cargo cada doce (12) meses, pero le podemos cobrar una tarifa razonable, en función de los costos, por cualquier justificación adicional que usted solicite dentro de ese período de doce meses. Incluiremos todas las divulgaciones, excepto lo siguiente:

- Divulgaciones realizadas para tratamiento, pago u operaciones de atención de la salud.
- Divulgaciones realizadas a terceros involucrados en su atención de la salud.
- Divulgaciones que usted o su representante personal designado han autorizado.
- Determinadas otras divulgaciones, como divulgaciones para fines de seguridad nacional.
- Información divulgada a instituciones correccionales, agencias de orden público o agencias de supervisión de la salud.
- Información que fue divulgada o usada como parte de un conjunto de datos limitado para fines de investigación, salud pública u operaciones de atención de la salud.

### DERECHO A SOLICITAR LÍMITES RESPECTO DE LOS USOS Y DIVULGACIONES DE SU PHI

Usted tiene derecho a solicitarnos que apliquemos restricciones en la forma en que usamos o divulgamos su PHI para tratamiento, pagos u operaciones de atención de la salud, o según se describe en la sección de esta notificación bajo el título “Otros usos y divulgaciones permitidos o requeridos de PHI”. Sin embargo, la ley no nos exige que aceptemos estas restricciones solicitadas, y podemos negar su solicitud de una restricción si afectaría su atención. Si aceptamos una restricción, no podemos usar o divulgar su PHI en violación de dicha restricción, a menos que esté relacionada con una emergencia. Es posible que le pidamos que solicite estos límites por escrito.

### DERECHO A RECIBIR LA NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE KS Plan Administrators, LLC

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de la Notificación sobre prácticas de privacidad si lo solicita, en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibir la notificación en forma electrónica. Es posible que tenga derechos adicionales conforme a la ley estatal.

## CÓMO OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ESTA NOTIFICACIÓN O PRESENTAR UNA QUEJA SOBRE NUESTRAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Para solicitar una copia de esta Notificación sobre prácticas de privacidad en cualquier momento o para obtener información adicional sobre esta notificación, puede comunicarse con:

KS Plan Administrators, LLC
Member Services Department
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584
1-866-535-8343 o visitar nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.

Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja por escrito escribiendo a:

Director of Compliance,
KS Plan Administrators, LLC
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584
o comunicarse con esta oficina llamando al 1-866-535-8343.

También puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).

Envíe su queja a:
Medical Privacy, Complaint Division, Office for Civil Rights (OCR)
United States Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue, S.W. Room 509F HHH Building
Washington D.C., 20201

También puede comunicarse con la línea directa de la OCR llamando al (800) 368-1019 o enviar la información a su dirección de Internet www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

KS Plan Administrators, LLC no tomará acciones de represalia contra usted si presenta una queja sobre nuestras prácticas de privacidad ante la OCR o KS Plan Administrators, LLC.

## CAMBIOS A ESTA NOTIFICACIÓN

Podemos realizar cambios a esta notificación y nuestras prácticas de privacidad en cualquier momento, siempre y cuando el cambio sea conforme a nuestras políticas de privacidad actuales o la ley federal. Si realizamos un cambio importante en nuestras políticas, le proporcionaremos de inmediato la nueva notificación por correo y la publicaremos en nuestro sitio web.

## FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DE ESTA NOTIFICACIÓN

La fecha de entrada en vigencia de esta notificación es el 1 de abril de 2007. Los miembros que no hablen inglés también pueden llamar al Departamento de Servicios para los miembros de KS Plan Administrators, LLC al 1-866-535-8343 para que se respondan sus preguntas.

## Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca del plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros.

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina: “apelación”.

## Sección 1.5 Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención

### Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención médica

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **Poder decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Desde luego que, si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

### Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus médicos instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación de estos casos se denominan "**instrucciones anticipadas**". Existen diferentes tipos de instrucciones anticipadas y nombres diferentes para ellas. Los documentos como el "**testamento vital**" y el "**poder de representación para la atención médica**" son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar a conocer sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para los miembros para solicitar los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregarles copias a las personas pertinentes.** Debe entregarles una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

**Recuerde que usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas** (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

### ¿Qué sucede si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado instrucciones anticipadas y cree que un médico o el hospital no han respetado las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante:

Texas Department of State Health Services
Attn: Customer Service Coordinator
P.O. Box 149347, MC-1913
Austin, TX 78714-9347
888-963-7111
dshs.texas.gov/consumerprotection

## Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

## Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos?

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

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

### ¿Se trata de algo diferente?

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando:

- Puede **llamar a Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- O bien, puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

## Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede llamar a **Servicios para los miembros**.
- Puede **llamar al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**. Para obtener más detalles, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.
- Puede comunicarse con **Medicare**.
  - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Medicare Rights & Protections" (Derechos y protecciones de Medicare). (La publicación está disponible en www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

# SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Lo que tiene que hacer como miembro del plan se enumera a continuación. Si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 contienen información sobre su cobertura para medicamentos con receta de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene cobertura de otro seguro de salud u otra cobertura para medicamentos con receta, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos con receta de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus médicos hayan acordado.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su médico, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento.
    - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, tiene que pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).

# CAPÍTULO 9:

## *Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*

# SECCIÓN 1 Introducción

## Sección 1.1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica dos tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas,** también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido autorizados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La guía de la Sección 3 lo ayudará a identificar el proceso correcto a seguir y lo que debería hacer.

## Sección 1.2 Acerca de los términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más simples, en vez de utilizar ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo aparece “presentar una queja” en lugar de “interponer un reclamo”, “decisión de cobertura” en lugar de “determinación de la organización”, “determinación de cobertura” o “determinación de riesgo”, y “organización de revisión independiente” en lugar de “Entidad de revisión independiente”.
- También se evita al máximo el uso de abreviaturas.

No obstante, puede resultarle útil, y a veces es bastante importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos emplear le permitirá comunicarse con mayor precisión y obtener la ayuda o información adecuadas para usted. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar, incluimos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinados tipos de situaciones.

# SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Por lo tanto, siempre debe

dirigirse al servicio al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se incluyen dos entidades que pueden ayudarle.

### Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder sus preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

### Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

## SECCIÓN 3 ¿Qué proceso debe utilizar para tratar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solo necesita leer las partes del capítulo que se aplican a su situación. La guía siguiente le será útil.

**¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?**

Esto incluye los problemas sobre si la atención médica o los medicamentos con receta se cubren o no, la forma en que se cubren y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos con receta.

**Sí.**

Vaya a la sección siguiente de este capítulo, **Sección 4, "Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones"**.

**No.**

Vaya a la **Sección 10**, al final de este capítulo: **"Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes".**

# DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

## SECCIÓN 4 Guía sobre los fundamentos de las decisiones de cobertura y las apelaciones

### Sección 4.1 Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos con receta, incluido el pago. Este es el proceso que usted debe usar para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

#### Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, su médico de la red del plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted, siempre que recibe atención médica de él o si su médico de la red lo remite a un especialista. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos un

servicio médico antes de recibirlo, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura para usted cada vez que decidimos lo que se cubre y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que el servicio o el medicamento no está cubierto o que ya no tiene cobertura de Medicare para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

### Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no se siente satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una “apelación rápida” o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si no desestimamos su caso, pero rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1, puede avanzar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 es evaluada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nuestro plan. (Las apelaciones para servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada. Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o una parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo). Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (La Sección 9 de ese capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

## Sección 4.2 Cómo obtener ayuda para pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede comunicarse con nosotros llamando a **Servicios para los miembros**.
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su **Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)**.
- **Su médico puede realizar la solicitud por usted.** Si su médico lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tendrá que ser designado como su representante. Comuníquese con Servicios para los miembros y solicite el formulario "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com).
    - Su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Si así lo desea, puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, un familiar, u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros y pida el formulario "Appointment of Representative" (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com). El formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
    - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario después de recibir la solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el

que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. También existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

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

Existen cuatro situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene diferentes normas y plazos, damos los detalles 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 con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”.
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto”.
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto” (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF]).

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para los miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

### Sección 5.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

En esta sección, se describen los beneficios que usted tiene en cuanto a servicios y atención médica. Estos beneficios se detallan en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar*). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluyen artículos y servicios médicos, así como medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos con receta de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que el plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2**

3. Recibió atención médica que cree que el plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que el plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3**

   **Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)**, debe leer las Secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

## Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

| Términos legales |
| --- |
| Cuando una decisión de cobertura incluye su atención médica, se la denomina **“determinación de la organización”**.<br><br>Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“decisión acelerada”**. |

### Paso 1: Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida”.

**Una "decisión de cobertura estándar" suele tomarse en un plazo de 14 días o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una "decisión de cobertura rápida" generalmente se toma en un plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- *Solo puede solicitar* cobertura para atención médica que *aún no ha recibido.*
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares podrían *poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional*.
- **Si su médico nos dice que su salud exige una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
  - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
  - Explique que, si su médico pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
  - Explique que puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

### Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

### Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

***Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.***

**Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario** después de que recibamos su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si solicita un **medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

***Para las decisiones de cobertura rápida utilizamos un calendario acelerado***

**Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas, si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.**

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos algo más que pueda beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días adicionales.** Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

### Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| Términos legales |
| --- |
| Una apelación al plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina "**reconsideración**" del plan.<br><br>Una "apelación rápida" también se denomina **"reconsideración acelerada"**. |

### Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida".

**Una "apelación estándar" generalmente se realiza en un plazo de 30 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.**

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica que todavía no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una "apelación rápida". Si su médico nos dice que su salud exige una "apelación rápida", le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una "apelación rápida" son los mismos que para obtener una "decisión de cobertura rápida", que aparecen en la Sección 5.2 de este capítulo.

### Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación comunicándose con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su médico pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

## Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información comunicándonos con usted o con su médico.

***Plazos para una "apelación rápida"***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
  - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos nuestra decisión por escrito y automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

***Plazos para una "apelación estándar"***

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que todavía no ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - No obstante, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

## Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

| Término legal |
| --- |
| El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina "**IRE**" (del inglés "Independent Review Entity"). |

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

### Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

***Si se le concedió una "apelación rápida" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación rápida" en el Nivel 2***

- En el caso de la "apelación rápida", la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

***Si se le concedió una "apelación estándar" en el Nivel 1, también se le concederá una "apelación estándar" en el Nivel 2***

- En el caso de la "apelación estándar" Si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

### Paso 2: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. En el caso de las solicitudes aceleradas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándares.** En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que están de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama "confirmar la decisión" o "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
  - Explicando su decisión.
  - Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
  - Indicándole cómo presentar una apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

## Sección 5.5 ¿Qué sucede si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica?

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que usted deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

### La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud:** Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos los servicios y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

**Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en la Sección 5.3**. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

## SECCIÓN 6 Medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

### Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de “medicamento” en el resto de esta sección, en lugar de repetir cada vez las expresiones “medicamento con receta cubierto para pacientes externos” o “medicamento de la Parte D”. También utilizamos el término “lista de medicamentos” en lugar de “Lista de medicamentos cubiertos” o “Formulario”.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.

- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

### Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

| Término legal |
| --- |
| Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **"determinación de cobertura"**. |

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pidiendo que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

## Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

| Términos legales |
| --- |
| Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, "**excepción al formulario**".<br><br>Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina, en ocasiones, **"excepción al formulario"**.<br><br>Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina, en ocasiones, pedir una **"excepción de nivel"**. |

Si un medicamento no está cubierto de la forma que a usted le gustaría que estuviese cubierto, puede pedirnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 5 (De especialidad). No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto de copago o coseguro que le pedimos que pague por el medicamento.
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponderá pagar del costo del medicamento.
   - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido menor. Este sería el nivel de costo más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.

- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5 (De especialidad).
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente pagará el monto más bajo.

## Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

### Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o que sea probable que provoquen una reacción adversa u otro daño.

### Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

## Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

| Término legal |
| --- |
| Una "decisión de cobertura rápida" se denomina una **"determinación de cobertura acelerada"**. |

### Paso 1: Decida si necesita una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

**"Las decisiones de cobertura estándar"** se realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. **"Las decisiones de cobertura rápida"** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su médico.

***Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una "decisión de cobertura rápida".*** **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:**

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una "decisión de cobertura rápida", le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo sin el apoyo de su médico ni de la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
    - Le indique cómo presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

### Paso 2: Solicite una "decisión de cobertura estándar" o una "decisión de cobertura rápida".

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso

de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS o en el formulario de nuestro plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web. El Capítulo 2 contiene información de contacto. **Usted, su médico u otra persona que actué en su nombre** puede enviar una solicitud de determinación de cobertura electrónica segura disponible en nuestro sitio web. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la "declaración de respaldo"**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

### Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta.

***Plazos para una "decisión de cobertura rápida"***

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido***

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

  - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su médico. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

## Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

| Términos legales |
| --- |
| Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **“redeterminación”**.<br><br>Una “apelación rápida” también se denomina **“redeterminación acelerada”**. |

### Paso 1: Decida si necesita una "apelación estándar" o una "apelación rápida”.

***Una "apelación estándar" generalmente se realiza en un plazo de 7 días. Una "apelación rápida" generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una “apelación rápida”***

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida”, que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

### Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito** o comuníquese con nosotros. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o comuníquese con nosotros al** 1-866-535-8343. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, el cual está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Usted, su médico u otra persona que actué en su nombre** puede enviar una solicitud de determinación de cobertura electrónica segura disponible en nuestro sitio web.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le

impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden añadir más información para sustentar su apelación.

### Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

***Plazos para una "apelación rápida"***

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una "apelación estándar" para un medicamento que aún no ha recibido***

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no ha recibido el medicamento y su salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

***Plazos para una "apelación estándar" sobre el pago de un medicamento que ya compró***

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

### Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelaciones y presentar *otra* apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación se enviará al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

## Sección 6.6 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2

| Término legal |
| --- |
| El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina "**IRE**" (del inglés "Independent Review Entity"). |

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

### Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "riesgo" bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su "archivo de caso". **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.**
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

### Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

***Plazos para una "apelación rápida"***

- Si su salud lo exige, pida una "apelación rápida" a la organización de revisión independiente.
- Si la organización acepta darle una "apelación rápida", dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

***Plazos para una "apelación estándar"***

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

### Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

***En el caso de las "apelaciones rápidas":***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

***En el caso de las "apelaciones estándar":***

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

### ¿Qué sucede si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama "confirmar la decisión". También se denomina "rechazar su apelación"). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificándole su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Informándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

### Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la "**fecha del alta**".
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su médico o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

## Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita asistencia, comuníquese con Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
   - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
   - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
   - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.

2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
   - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
   - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso ***no* significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.

3. **Guarde la copia** del aviso en un lugar práctico para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
   - Si firma el aviso más de dos días antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet, en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

## Sección 7.2 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Si desea pedir que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, tendrá que recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

### Paso 1: Comuníquese con la organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
    - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si *no* cumple con este plazo** y decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar todos los costo*s correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta.** En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, puede llamar a Servicios para los miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

### Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

### Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

***¿Qué sucede si la aceptan?***

- Si la organización de revisión la *acepta,* **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

***¿Qué sucede si la rechazan?***

- Si la organización de revisión la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

### Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad rechazó su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al "Nivel 2" del proceso de apelaciones.

## Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

### Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

### Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

**Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.**

***Si la organización de revisión la acepta:***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***Si la organización de revisión la rechaza:***

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama "confirmar la decisión".
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

**Paso 4: Si la rechazan, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.**

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## Sección 7.4 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

| Término legal |
| --- |
| A la "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se la denomina **"apelación acelerada".** |

### Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para iniciar la apelación de Nivel 1 de su fecha de alta hospitalaria. Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

### Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

### Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una "revisión rápida".

- **Pida una "revisión rápida":** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos "rápidos" en lugar de los "estándares". El Capítulo 2 contiene información de contacto.

### Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha prevista del alta y verificamos si es médicamente apropiada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización. Verificamos si su fecha prevista del alta era médicamente apropiada. Observamos si la decisión sobre cuándo debería irse del hospital fue justa y cumplió con todas las normas.

### Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida".

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted sigue necesitando la hospitalización después de la fecha del alta. Continuaremos prestándole servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** estamos diciendo que su fecha prevista del alta era médicamente adecuada. Nuestra cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes internados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
    - Si permaneció en el hospital *después* de su fecha prevista del alta, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha prevista del alta.

### Paso 4: Si *rechazamos* su apelación, su caso se enviará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

### Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

| Término legal |
|---|
| El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina "**IRE**" (del inglés "Independent Review Entity"). |

**La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare.** No tiene ninguna relación con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

### Paso 1: Enviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

### Paso 2: La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación del alta del hospital.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de la atención hospitalaria que usted recibió desde la fecha prevista del alta. También debemos seguir brindando la cobertura del plan para sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que están de acuerdo en que la fecha prevista del alta era médicamente apropiada.
    - El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que es manejada por un juez administrativo o un mediador.

### Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si desea aceptar su decisión, o avanzar hacia la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

### Sección 8.1 *Esta sección trata solo acerca de tres servicios:* servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF)

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes externos)**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los tres tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

### Sección 8.2 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

| Término legal |
| --- |
| **"Aviso de no cobertura de Medicare".** Le informa sobre cómo puede solicitar una **"apelación rápida".** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica. |

1. **Usted recibirá un aviso por escrito** al menos, dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:
   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una "apelación rápida" para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.
2. **Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo <u>no</u> significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

## Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para los miembros. O llame al Programa estatal de asistencia sobre seguro médico, una organización del gobierno que ofrece asistencia personalizada.

**Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación.** Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de médicos y otros expertos de la salud a los que le paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

### Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida.* Debe actuar rápidamente.

***¿Cómo puede comunicarse con esta organización?***

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

***Actúe rápido:***

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia que figura en el Aviso de no cobertura de Medicare.

***Su plazo para comunicarse con esta organización.***

- Si se vence el plazo para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad, y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nuestro plan. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

### Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

| Término legal |
| --- |
| **"Explicación detallada de no cobertura"**. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura. |

***¿Qué sucede durante esta revisión?***

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante por qué creen que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión también consultará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la **Explicación detallada de no cobertura** de parte nuestra donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

### Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

***¿Qué sucede si los revisores la aceptan?***

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

***¿Qué sucede si los revisores la rechazan?***

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

### Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

## Sección 8.4 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

### Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

### Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información relacionada con su apelación.

### Paso 3: En un plazo de 14 días después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

***¿Qué sucede si la organización de revisión la acepta?***

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

***¿Qué sucede si la organización de revisión la rechaza?***

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

### Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## Sección 8.5 ¿Qué sucede si se vence el plazo para presentar una apelación de Nivel 1?

### Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó anteriormente, deberá actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad y comenzar su primera apelación (en un día o dos, como máximo). Si se vence el plazo para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes*.

### Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 *alternativa*

| Término legal |
|---|
| A la “revisión rápida” (o “apelación rápida”) también se la denomina **“apelación acelerada”.** |

### Paso 1: Comuníquese con nosotros y pídanos una “revisión rápida”.

- **Pida una “revisión rápida”:** Esto significa que nos pide que le demos una respuesta usando los plazos “rápidos” en lugar de los “estándares”. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

### Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo dejar de cubrir sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando establecimos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que usted estaba recibiendo.

### Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión dentro de un plazo de 72 horas después de que usted pida una "revisión rápida"

- **Si aceptamos su apelación,** significa que estamos de acuerdo con que usted necesita esos servicios durante más tiempo, y seguiremos prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios. También significa que aceptamos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Usted debe pagar la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación,** entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continuó recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

### Paso 4: Si *rechazamos* su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelaciones.

| Término legal |
| --- |
| El nombre formal para la "organización de revisión independiente" es **"Entidad de revisión independiente"**. A veces se la denomina "**IRE**" (del inglés "Independent Review Entity"). |

### Paso a paso: Proceso de apelaciones de Nivel 2 *alternativo*

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización determina si la decisión se debe cambiar. **La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare.** Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Es una empresa que Medicare elige para que sea la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

### Paso 1: Enviamos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de un plazo de 24 horas a partir del momento en que le

hayamos informado que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo o con otros, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo le indica cómo presentar una queja).

**Paso 2: La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le darán una respuesta dentro de un plazo de 72 horas.**

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización *acepta* su apelación,** debemos reembolsarle la parte que nos corresponde de los costos de la atención que usted recibió desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención mientras sea médicamente necesaria. Usted deberá seguir pagando la parte que le corresponde de los costos. Si tiene limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto le reembolsaremos o durante cuánto tiempo seguiremos cubriendo servicios.
- **Si esta organización *rechaza* su apelación,** significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan sobre su primera apelación y no la cambiará.
- En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea avanzar a una apelación de Nivel 3.

**Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, puede elegir si desea continuar con su apelación.**

- Hay otros tres niveles de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es revisada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

## SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá

### Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en

dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestarle el servicio en cuestión.
- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4:** El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle el servicio en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.

- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

## Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza un monto en dólares determinado, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los tres últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

**Apelación de Nivel 3 Un juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.

- Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

**Apelación de Nivel 4:** El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
  - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
  - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

**Apelación de Nivel 5** Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si aceptar o rechazar su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

# PRESENTAR QUEJAS

## SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

### Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| **Calidad de su atención médica** | • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)? |
| **Respeto de su privacidad** | • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial? |
| **Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo** | • ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto?<br>• ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros?<br>• ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan? |
| **Tiempos de espera** | • ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla?<br>• ¿Ha tenido que esperar demasiado a médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan?<br>  o Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta. |
| **Limpieza** | • ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico? |
| **Información que obtiene de nosotros** | • ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación?<br>• ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender? |

| Queja | Ejemplo |
|---|---|
| **Puntualidad**<br>(Estos tipos de quejas se relacionan con la puntualidad de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones). | Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:<br>• Nos ha pedido una "decisión de cobertura rápida" o ha solicitado una "apelación rápida", y rechazamos su pedido; puede presentar una queja.<br>• Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja.<br>• Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja.<br>• Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja. |

## Sección 10.2 Cómo presentar una queja

| Términos legales |
|---|
| • Una **"queja"** también se denomina **"reclamo"**.<br>• **"Presentar una queja"** también se denomina **"interponer un reclamo".**<br>• **"Utilizar el proceso de quejas"** también se denomina **"usar el proceso para interponer un reclamo"**.<br>• Una "**queja rápida**" también se denomina "**reclamo acelerado**". |

## Sección 10.3 Paso a paso: Presentación de una queja

### Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Habitualmente, el primer paso consiste en llamar a Servicios para los miembros.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.

- **Si no desea llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- **Tiene derecho a una resolución oportuna de las quejas sobre los servicios y/o las decisiones tomadas por el plan.** Las quejas se revisan de manera individual y resolveremos la queja tan rápido como lo requiera su estado de salud. Las quejas aceleradas o rápidas se responderán dentro de las 24 horas si la queja está relacionada con la negativa del plan de acelerar una solicitud de servicios médicos que no ha recibido. La queja por escrito debe enviarse en un plazo de 60 días después del evento o incidente. Abordaremos otras solicitudes de queja dentro de los 30 días posteriores a la recepción de su queja. Podemos extender el plazo hasta 14 días si usted solicita la extensión, o si justificamos la necesidad de información adicional y si la demora es para su beneficio. Si solicita una respuesta por escrito, le responderemos por escrito, si presenta una queja por escrito (reclamo), o si su queja está relacionada con la calidad de la atención, le responderemos por escrito.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

### Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", le concederemos automáticamente una "queja rápida".** Si se le ha concedido una "queja rápida", quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

## Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene otras dos opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad**. La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y

mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

*O BIEN,*

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo.**

## Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Gold Freedom directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare ingrese en www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

# CAPÍTULO 10:
## *Cancelación de su membresía en el plan*

## SECCIÓN 1 Introducción para cancelar su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en KelseyCare Advantage Gold Freedom puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted ha decidido que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 proporcionan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, éste debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

## SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

### Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción anual

Usted puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como "Período de inscripción abierta anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción anual** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos con receta.
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
    - Si escoge esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

  **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante

63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** 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 oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan de Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos con receta.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan de Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

## Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de KelseyCare Advantage Gold Freedom pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

**Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial** si alguna de las siguientes situaciones aplica a su caso. Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.

- Si es elegible para recibir "Ayuda adicional" para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

**Nota:** Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

**Los períodos de inscripción varían** según cada caso.

**Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial**, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura para medicamentos con receta.
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.
- *O bien,* Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare.

  **Nota:** Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos con receta de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

**Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se reciba su solicitud para cambiar de plan.

- **Si recibe "Ayuda adicional" de Medicare para pagar sus medicamentos con receta:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no participar en la inscripción automática.

## Sección 2.4 ¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?

Si tiene alguna pregunta sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Comunicarse con Servicios para los miembros.**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2023*** (Medicare y Usted 2023).
- Comunicarse con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

## SECCIÓN 3 ¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

| Si desea cambiarse de nuestro plan a: | Esto es lo que debe hacer: |
|---|---|
| • Otro plan de salud de Medicare. | • Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.<br>• Su inscripción en KelseyCare Advantage Gold Freedom se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan. |
| • Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | • Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.<br>• Su inscripción en KelseyCare Advantage Gold Freedom se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan. |
| • Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos con receta de Medicare. | • **Enviarnos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Si necesita más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con Servicios para los miembros.<br>• También puede comunicarse con **Medicare** llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), durante las 24 horas, los 7 días de la semana y solicitar que le cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.<br>• Su inscripción en KelseyCare Advantage Gold Freedom se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare. |

## SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

## SECCIÓN 5 KelseyCare Advantage Gold Freedom debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

### Sección 5.1 ¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?

**KelseyCare Advantage Gold Freedom debe cancelar su membresía en el plan en cualquiera de los siguientes casos:**

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicios para los miembros para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).

- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si no paga su multa por inscripción tardía y el monto que adeuda excede los $150.
- Si usted debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

### ¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, comuníquese con Servicios para los miembros.

## Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

KelseyCare Advantage Gold Freedom no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

### ¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) durante las 24 horas, los 7 días de la semana. (TTY 1-877-486-2048).

## Sección 5.3 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

# CAPÍTULO 11

*Avisos legales*

## SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social (Social Security Act) y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

## SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

**No discriminamos** por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en https://www.hhs.gov/ocr/index.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros. Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

## SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), KelseyCare Advantage Gold Freedom, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

# CAPÍTULO 12

## *Definiciones de palabras importantes*

**Administrador de beneficios de medicamentos con receta:** un administrador de beneficios de medicamentos con receta (PBM) es una compañía que administra o maneja el beneficio de medicamentos con receta (Parte D).

**Apelación:** una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

**Área de servicio:** zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

**Asociación de práctica independiente (IPA):** una organización de médicos establecida para contratar con terceros pagadores.

**Atención de emergencia:** servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

**Autorización previa:** aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. En la Tabla de beneficios del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario.

**Auxiliar de atención médica a domicilio:** una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

**Ayuda adicional:** un programa de Medicare o del Estado que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

**Cancelar la inscripción** o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

**Cantidad autorizada:** el monto máximo en dólares autorizado para servicios cubiertos que prestan los proveedores y centros participantes y los proveedores y centros no participantes.

**Cargos máximos:** monto máximo que un proveedor que no es parte de Medicare puede cobrarle a un miembro por los servicios. Generalmente, el cargo se limita al 115% del programa de tarifas de Medicare por los servicios cubiertos.

**Centro de atención de enfermería especializada (SNF):** servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un médico.

**Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF):** un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

**Centro quirúrgico ambulatorio:** un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

**Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** es la agencia federal que administra Medicare.

**Cobertura acreditable para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

**Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare):** seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

**Comité de Revisión de Acreditación de Redes (NCRC):** el Comité de Revisión de Acreditación de Redes (NCRC) es un proceso utilizado para garantizar que los proveedores de farmacia que crean medicamentos compuestos sigan los mismos estándares requeridos para la fabricación de medicamentos con receta tradicionales.

**Copago:** un monto que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), más que un porcentaje.

**Coseguro:** un monto que pueden pedirle que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta después de que pague los deducibles.

**Costo compartido diario:** es posible que se aplique un "costo compartido diario" cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en su plan es de 30 días, su "costo compartido diario" es de $1 por día.

**Costo compartido estándar:** es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

**Costo compartido preferido:** significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en farmacias específicas de la red.

**Costo compartido:** se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) un "copago" fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o (3) un "coseguro", un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

**Costo de suministro:** un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

**Costos que paga de su bolsillo:** consulte la definición de "costo compartido" más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro "paga de su bolsillo".

**Cuidado asistencial:** el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

**Deducible:** el monto que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

**Determinación de cobertura:** una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a su plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

**Determinación de la organización:** una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan "decisiones de cobertura" en este documento.

**Emergencia:** una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

**Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted o alguna persona calificada en su nombre haya gastado $7,400 en medicamentos cubiertos durante el año de cobertura.

**Etapa de cobertura inicial:** esta es la etapa antes de que sus costos totales por sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre para el año alcancen $4,660.

**Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información:** en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

**Excepción:** un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

**Facturación de saldos:** cuando un proveedor (como un médico u hospital) le factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido del plan. Como miembro de KelseyCare Advantage Gold Freedom, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le "facturen el saldo" ni que le cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que su plan indica que usted debe pagar.

**Farmacia de la red:** una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red.

**Farmacia fuera de la red:** una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

**Grupo médico:** un conjunto de médicos que se han asociado, mediante contrato.

**Hospicio:** un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

**Hospitalización:** es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un “paciente externo”.

**Indicación médicamente aceptada:** un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o avalado por ciertos libros de referencia.

**Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI):** un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

**Límite de cobertura inicial:** el límite máximo de cobertura en la Etapa de cobertura inicial.

**Límites de cantidad:** una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de determinados medicamentos por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

**Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”):** una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

**Medicaid (o asistencia médica):** un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

**Médicamente necesario:** servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

**Medicamento de marca:** medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

**Medicamento genérico:** un medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento "genérico" suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca pero, por lo general, es más económico.

**Medicamentos cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

**Medicamentos de la Parte D:** medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

**Medicamentos preparados/Preparación de medicamentos:** generalmente, la preparación de medicamentos es una práctica en la que un farmacéutico autorizado, un médico autorizado o, en el caso de un centro externo, una persona bajo la dirección de un farmacéutico autorizado, combina, mezcla o altera los ingredientes de un medicamento para crear otro que se adapta a las necesidades de un paciente en particular.

**Medicare:** el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

**Miembro (miembro de nuestro plan o "miembro del plan"):** una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

**Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA):** si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

**Monto máximo que paga de su bolsillo:** el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

**Multa por inscripción tardía de la Parte D:** un monto que se suma a su prima mensual de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más, después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

**Nivel de costo compartido:** cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

**Organización local de médicos (LPO):** médicos de atención primaria y de atención especializada que pueden ser agrupados tanto por su ubicación geográfica como por sus patrones de remisión.

**Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO):** un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

**Original Medicare** (“Medicare tradicional” o plan de Medicare con “pago por servicio”): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados tales como los planes de Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene dos partes: la Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

**Parte C:** consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

**Parte D:** el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

**Período de beneficios:** la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

**Período de inscripción abierta de Medicare Advantage:** el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan 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 separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

**Período de inscripción anual:** período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año, en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

**Período de inscripción especial:** un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un centro de cuidados o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

**Período de inscripción inicial:** el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

**Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional:** un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que residan, o que se espera que residan, en un centro de atención a largo plazo (LTC) de forma permanente durante 90 días o más. Estos centros pueden incluir centros de atención de enfermería especializada (SNF), centros de enfermería (Nursing Facilities, NF) o ambos; centros de atención intermedia para personas con una discapacidad intelectual (Intermediate Care Facilities for Individuals with Intellectural Disabilities (ICF/IID); centros psiquiátricos para pacientes hospitalizados o centros aprobados por CMS que prestan servicios similares de atención sanitaria a largo plazo cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y un estado de atención sanitaria similares a los otros tipos de instalaciones mencionadas Un plan de necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con los centros de LTC específicos (o poseer y operar dichos centros).

**Plan de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucional equivalente:** un plan en el que se pueden inscribir personas elegibles que vivan en la comunidad, pero que requieran un nivel de atención institucional según la evaluación del estado. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención del estado correspondiente y la debe administrar una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan de necesidades especiales puede restringir la inscripción de personas que vivan en un centro de vivienda asistida (Assisted Living Facility, ALF) contratado, si fuera necesario para garantizar que se brinde una atención especializada uniforme.

**Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP):** los C-SNP son Planes para necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales que sufren afecciones crónicas específicas severas o incapacitantes, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que vayan más allá de la coordinación de la atención y la prestación de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare que se exige a todos los Planes de atención coordinada de Medicare Advantage para recibir la designación especial y las facilidades de comercialización e inscripción que se ofrecen a los C-SNP.

**Plan de necesidades especiales:** un tipo especial de plan de Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

**Plan de salud de Medicare:** un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en el plan. Incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

**Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO):** un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan de Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

**Plan Medicare Advantage (MA):** a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO), ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee for Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes de Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes de Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

**Planes de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP):** los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley de Seguridad Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del estado y de la elegibilidad del individuo.

**Póliza "Medigap" (seguro complementario de Medicare):** seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los "períodos sin cobertura" de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

**Prima:** el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

**Programa de descuentos para el período sin cobertura de Medicare:** un programa que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos de la Parte D para los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la Etapa del período sin cobertura y que aún no estén recibiendo la "Ayuda adicional". Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

**Prótesis y órtesis:** dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

**Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)**: el médico u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

**Proveedor de la red:** “proveedor” es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los “**proveedores de la red”** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan "proveedores del plan".

**Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red:** un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

**Punto de servicio (POS)**: un beneficio que le permite utilizar proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 3.2 del Capítulo 1).

**Queja:** el nombre formal para “presentar una queja” es “interponer un reclamo”. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

**Reclamo:** tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. No involucra disputas de cobertura ni de pago.

**Servicios cubiertos por Medicare:** son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan de Medicare Advantage.

**Servicios cubiertos:** el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

**Servicios de rehabilitación:** estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

**Servicios de urgencia**: servicios cubiertos que no son de emergencia, prestados cuando los proveedores de la red no se encuentran disponibles, no es posible comunicarse con ellos temporalmente, o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, si necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser de necesidad inmediata y médicamente necesarios.

**Servicios para los miembros:** un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

**Subsidio por bajos ingresos (LIS):** consulte “Ayuda adicional”.

**Tratamiento escalonado:** herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-866-535-8343. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Tenemos servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-535-8343. Alguien que hable español puede ayudarte. Este es un servicio gratuito.

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-866-535-8343。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-866-535-8343。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务

Mayroon kaming libreng interpreter serbisyo upang sagutin ang anumang mga katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming kalusugan o drug plan. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang tayo sa 1-866-535-8343. Makakatulong sa iyo ang isang taong nagsasalita ng Tagalog. Ito ay isang libreng serbisyo.

Nous avons des services d'interprète gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de soins de santé ou d'assurance-médicaments. Pour obtenir un interprète, appelez-nous au 1-866-535-8343. Quelqu'un qui parle Français peut vous aider. Il s'agit d'un service gratuit.

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có thể có về chương trình sức khỏe hoặc thuốc của chúng tôi. Để có được một thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-866-535-8343. Một người nói tiếng Việt có thể giúp bạn. Đây là một dịch vụ miễn phí.

Wir haben kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Fragen zu beantworten, die Sie zu unserem Gesundheits- oder Drogenplan haben könnten. Um einen Dolmetscher zu bekommen, rufen Sie uns einfach unter 1-866-535-8343 an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dies ist ein kostenloser Service.

우리는 당신이 우리의 건강 또는 약물 계획에 대해 가질 수있는 질문에 대답 할 수있는 무료 통역사 서비스를 제공합니다. 통역사를 얻으려면 1-866-535-8343 으로 전화하십시오. 한국어를 구사하는 사람이 당신을 도울 수 있습니다. 이것은 무료 서비스입니다.

У нас есть бесплатные услуги переводчика, чтобы ответить на любые ваши вопросы о нашем плане здоровья или лекарств. Чтобы получить переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-866-535-8343. Тот, кто говорит по-русски, может вам помочь. Это бесплатная услуга.

لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديكم حول خطتنا الصحية أو الدوائية .للحصول على مترجم فوري ، ما عليك سوى الاتصال بنا على 1-866-535-8343 )الهاتف النصي .:يمكن لشخص يتحدث العربية مساعدتك .هذه خدمة مجانية.

Abbiamo servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda tu possa avere sul nostro piano sanitario o farmacologico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero 1-866-535-8343. Qualcuno che parla italiano può aiutarti. Questo è un servizio gratuito.

Temos serviços gratuitos de intérprete para responder a quaisquer perguntas que você possa ter sobre nosso plano de saúde ou drogas. Para conseguir um intérprete, basta nos ligar para 1-866-535-8343. Alguém que fale português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou sante nou oswa plan dwòg nou. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-866-535-8343. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen kapab ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

Mamy bezpłatne usługi tłumacza, aby odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub narkotykowego. Aby uzyskać tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer 1-866-535-8343. Ktoś, kto mówi po polsku, może ci pomóc. Jest to bezpłatna usługa.

हमारे पास हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए मुफ्त दुभाषिया सेवाएं हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-866-535-8343 पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निशुल्क सेवा है।

無料の通訳サービスがあり、健康や薬物計画に関するご質問にお答えします。 通訳を依頼するには、1-866-535-8343までお電話ください。日本語を話す人が助けてくれます。 これは無料のサービスです。

| MÉTODO | KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto |
|---|---|
| LLAMAR | **1-866-535-8343**<br>Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana.<br>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés. |
| TTY | **711**<br>Las llamadas a este número son gratuitas.<br>Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana.<br>Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. |
| FAX | 713-442-5450 |
| ESCRIBE | KelseyCare Advantage<br>ATTN: Member Services<br>P.O. Box 841569<br>Pearland, TX 77584-9832 |
| SITIO WEB | www.kelseycareadvantage.com |

## Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

| MÉTODO | Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto |
|---|---|
| LLAMAR | 1-800-252-9240 |
| TTY | 1-800-735-2989<br>Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar. |
| ESCRIBE | 701 West 51st Street<br>MC: W352<br>Austin, TX 78751 |
| SITIO WEB | https://hhs.texas.gov/services/health/medicare |

®El logotipo de CVS Caremark es una marca comercial y/o marca comercial registrada de CVS Caremark y/o una de sus filiales.

***Declaración de divulgación de PRA:*** *De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de OMB para esta recopilación de información es 0938- 1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*