



Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Región del Norte de California

Una corporación sin ánimo de lucro y una organización de Medicare Advantage

EOC n.º 14: Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D Evidencia de Cobertura para CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Identificación del grupo: 26 Contrato: 3 Versión: 105 EOC n.º: 14 Fecha de emisión: October 21, 2024

Desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025

Servicio a los Miembros

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

1-800-443-0815 (Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)

kp.org

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

*Este documento está disponible de manera gratuita en español. Si desea información adicional, llame al número de nuestro Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana.*

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

- su costo compartido;
- sus beneficios médicos y para medicamentos recetados;
- cómo presentar una queja informal si no está a gusto con el servicio o el tratamiento;
- cómo contactarnos si necesita beneficio adicional;
- otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

ÍNDICE DE LA EVIDENCIA DE COBERTURA (EOC) N.º 14

Resumen de Beneficios	1
Presentación	3
Acerca de Kaiser Permanente.....	3
Vigencia de esta <i>Evidencia de Cobertura</i>	3
Definiciones	4
Primas, Elegibilidad e Inscripción.....	10
Primas.....	10
Primas de Medicare	10
¿Quién es elegible?.....	11
Cómo inscribirse y cuándo empieza la cobertura	13
Cómo Obtener Servicios	15
Cuidados de Rutina	16
Atención de Urgencia.....	16
Nuestros Enfermeros de Consulta	16
Su Médico Personal del Plan.....	16
Cómo Obtener una Remisión	17
Traslados y alojamiento para determinados servicios	18
Segunda Opinión.....	18
Contratos con Proveedores del Plan	19
Cómo recibir atención fuera del área de servicio de su región base	19
Su Tarjeta de Identificación	19
Cómo Obtener Asistencia.....	20
Centros de Atención del Plan	20
Directorio de Proveedores	20
Directorio de Farmacias	20
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia	21
Servicios de emergencia.....	21
Atención de Urgencia.....	21
Pagos y reembolsos	22
Beneficios y su Costo Compartido	22
Su Costo Compartido	23
Atención a pacientes ambulatorios	25
Servicios para pacientes hospitalizados.....	27
Servicios de Ambulancia.....	28
Cirugía Bariátrica	28
Servicios dentales	29
Atención para Diálisis	29
Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar	30
Servicios de Fertilidad.....	32
Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass™)	32
Educación para la salud.....	33
Servicios para la Audición	33
Atención Médica a Domicilio	34
La atención médica en el hogar no cubierta por Medicare para los miembros que viven en determinados condados (cuidados avanzados en el hogar).....	34
Cuidados Paliativos	35
Servicios de Salud Mental.....	36

Servicios del programa de tratamiento de opioides	37
Suministros para ostomías, urología y cuidado especializado de heridas	38
Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios	38
Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes externos	39
Servicios Preventivos	49
Aparatos protésicos y ortopédicos	49
Cirugía reconstructiva	50
Servicios de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud	51
Servicios asociados con ensayos clínicos	51
Atención en un centro de enfermería especializada	52
Tratamiento del trastorno por abuso de sustancias	53
Consultas de telesalud	54
Servicios de Trasplante	54
Servicios de transporte	55
Servicios para la vista.....	55
Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de beneficios y Reducciones	56
Exclusiones	56
Limitaciones	58
Coordinación de beneficios	59
Reducciones	59
Solicitudes de pago.....	61
Solicitudes de pago de servicios o medicamentos de la Parte D cubiertos.....	61
Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió	63
Consideraremos su solicitud de pago y responderemos <i>sí o no</i>	63
Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias	64
Sus derechos y responsabilidades.....	64
Debemos respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro de nuestro plan	64
Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan	68
Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas	68
Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	68
Dónde obtener más información y ayuda personalizada	69
¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?	69
Guía Básica sobre Apelaciones y Decisiones de Cobertura	70
Su Atención Médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura.....	71
Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo Solicitar una Decisión sobre la Cobertura o Presentar una Apelación	75
Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que le darán el alta antes de tiempo	80
Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo.....	83
Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior	85
Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otros temas.....	86
También puede informarle a Medicare sobre su queja informal	87
Revisión Adicional	88
Arbitraje obligatorio	88
Cancelación de membresía	90
Cancelación de la membresía debido a la pérdida de elegibilidad	90
Cancelación del <i>acuerdo</i>	91
Cómo cancelar la afiliación a Senior Advantage.....	91
Cancelación del contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid	91

Cancelación con Causa.....	91
Cancelación por falta de pago de las primas	92
Cancelación de un Producto o de todos los Productos	92
Pagos después de la Terminación.....	92
Revisión de la cancelación de la membresía	92
Continuidad de la Membresía.....	92
Continuidad de la cobertura de grupo	92
Cambio de la membresía de grupo por un plan individual	93
Disposiciones diversas	93
Administración del acuerdo.....	93
Enmiendas al <i>acuerdo</i>	93
Solicitudes y Declaraciones.....	93
Asignaciones	93
Honorarios y gastos de abogados	94
Facultad para Revisión de Reclamos.....	94
<i>Evidencia de Cobertura</i> obligatoria para los miembros	94
Avisos sobre ERISA.....	94
Legislación Vigente.....	94
El Grupo y los Miembros no son Nuestros Agentes.....	94
Renuncia a los derechos	94
Avisos sobre su Cobertura.....	94
Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare	95
Recuperación de Pagos en Exceso	95
Participación en la Política Pública	95
Acceso Telefónico (TTY)	95
Recursos y Números de Teléfono Importantes.....	95
Kaiser Permanente Senior Advantage	95
Medicare.....	98
Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico	98
Organización para el mejoramiento de la calidad.....	99
Seguro Social.....	99
Medicaid.....	100
Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios.....	100
Seguro de Grupo u otro Seguro Médico de un Empleador.....	100

Resumen de Beneficios

Período de Acumulación

El período de acumulación de este plan es del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025 (año calendario).

Gasto máximo de bolsillo del Plan

En el caso de los Servicios a los que se aplica el máximo, usted no pagará más Costos Compartidos durante el resto del año calendario si los Copagos y el Coseguro que paga por ellos suman la siguiente cantidad:

Para un Miembro\$1,000 por año calendario

Deducible del Plan

Ninguno

Visitas al consultorio de un proveedor del plan

Usted paga

La mayoría de las visitas al médico de atención primaria y la mayoría

de las visitas a un especialista no médico\$20 por consulta

La mayoría de las visitas al especialista médico.....\$20 por consulta

Visita anual para el bienestar y visita preventiva

“Bienvenido a Medicare”Sin cargo

Exámenes físicos de rutinaSin cargo

Exámenes de los ojos de rutina con un optometrista del plan\$20 por consulta

Consultas, evaluaciones y tratamientos de Atención de urgencia.....\$20 por consulta

Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.....\$20 por consulta

Consultas de telesalud

Usted paga

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no médicos por

video interactivoSin cargo

Consultas a especialistas médicos por video interactivoSin cargo

Consultas de atención primaria y consultas a especialistas no

médicos por teléfonoSin cargo

Consultas a especialistas médicos por teléfonoSin cargo

Servicios para pacientes ambulatorios

Usted paga

Cirugía ambulatoria y algunos otros procedimientos ambulatorios.....\$20 por procedimiento

Inyecciones para las alergias (incluido el suero para alergias)\$3 por consulta

Administración de la mayoría de las vacunas (incluida la vacuna)Sin cargo

La mayoría de las radiografías y análisis de laboratorio.....Sin cargo

Manipulación manual de la columna vertebral.....\$20 por consulta

Servicios de hospitalización

Usted paga

Habitación y alimentación, cirugía, anestesia, radiografías, análisis

y medicamentossin costo

Cobertura de salud de emergencia

Usted paga

Consultas al Departamento de Emergencias.....\$50 por consulta

Importante: Si lo ingresan directamente al hospital como paciente hospitalizado para los Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido para pacientes hospitalizados, en vez del Costo Compartido del Departamento de Emergencias (consulte “Servicios de Hospitalización” a fin de conocer el Costo Compartido para pacientes hospitalizados).

Servicios de ambulancia y de transporte

Usted paga

Servicios de AmbulanciaSin cargo

Otros servicios de transporte cuando los preste nuestro proveedor

de transporte designado, tal y como se describe en esta Evidencia Hasta 24 viajes de ida (50 millas por viaje)

de Coberturasin cargo por año calendario

Cobertura de medicamentos recetados

Usted paga

Este plan cubre los medicamentos recetados de Medicare Parte D de acuerdo con nuestro formulario de la Parte D.

Etapa de cobertura inicial: hasta que haya gastado \$2,000 en 2025.

(Si gasta \$2,000, pasa a la etapa de cobertura para catástrofes):

Medicamentos genéricos\$10 para un suministro de hasta 100 días

Medicamentos de marca.....\$25 para un suministro de hasta 100 días

Medicamentos especializadosCoseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$150) para un suministro de hasta 100 días

Cobertura de medicamentos recetados	Usted paga
--	-------------------

Etapa de cobertura para catástrofessin costo

Importante: Por cada insulina cubierta, usted no pagará más de \$35 por un suministro para 30 días, \$70 por un suministro para 31 a 60 días y \$105 por un suministro para 61 a 100 días.

Equipo médico duradero	Usted paga
-------------------------------	-------------------

Equipo médico duradero cubierto para uso en el hogar según se describe en esta

Evidencia de Coberturasin costo

Servicios de Salud Mental	Usted paga
----------------------------------	-------------------

Hospitalización psiquiátricaSin cargo

Tratamiento y evaluación individuales de salud mental para
pacientes ambulatorios\$20 por consulta

Tratamiento de grupo de salud mental para pacientes externos.....\$10 por consulta

Tratamiento del trastorno por abuso de sustancias	Usted paga
--	-------------------

Desintoxicación como paciente hospitalizadoSin cargo

Evaluación y tratamiento del trastorno por abuso de sustancias como
paciente ambulatorio\$20 por consulta

Tratamiento grupal del trastorno por abuso de sustancias como
paciente ambulatorio\$5 por consulta

Servicios de salud domiciliaria	Usted paga
--	-------------------

Atención médica a domicilio (de tiempo parcial, intermitente)Sin cargo

Otros	Usted paga
--------------	-------------------

Anteojos o lentes de contacto:

 Armazón de anteojos cada 24 mesesMonto superior a los \$150 de la asignación

 Anteojos normales cada 12 mesesSin cargo

 Lentes de contacto cada 12 mesesMonto superior a los \$150 de la asignación

Audífonos cada 36 mesesMonto superior a los \$2,500 de la asignación por
cada oreja

Atención en un Centro de enfermería especializada
(hasta 100 días por período de beneficio)Sin cargo

Aparatos protésicos y ortopédicos externos, tal como se
describe en esta *EOC*Sin cargo

Suministros para ostomías, urología y cuidado especializado de heridasSin cargo

Beneficio de acondicionamiento físico: One Pass™ (incluye acceso
a gimnasios de la red y un kit de acondicionamiento físico en el
hogar por año calendario)Sin cargo

Este es un resumen de los beneficios sobre los que se pregunta con mayor frecuencia. Esta tabla no explica los beneficios, el Costo Compartido, los gastos máximos de bolsillo, las exclusiones ni las limitaciones. Tampoco se mencionan de forma exhaustiva los montos del Costo Compartido ni los beneficios. Consulte las secciones “Beneficios y su Costo Compartido” y “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones” para obtener una explicación detallada.

Presentación

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Plan de Salud) tiene un contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid como Organización de Medicare Advantage.

Este contrato proporciona Servicios de Medicare (incluida la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D) a través de “Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D” (Senior Advantage), excepto cuidados paliativos para Miembros con Medicare Parte A, los cuales están cubiertos por Original Medicare. La inscripción en este plan Senior Advantage significa que usted se inscribe automáticamente en Medicare Parte D. Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción a Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Esta *Evidencia de Cobertura* (“EOC”) describe nuestra cobertura de salud de Senior Advantage proporcionada según el *Acuerdo de Grupo* (*Acuerdo*) entre el Plan de Salud (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.) (“Plan de Salud”) y su Grupo (la entidad con la que el Plan de Salud firmó el Acuerdo).

Esta *Evidencia de Cobertura* forma parte del Acuerdo establecido entre el Plan de Salud y su Grupo. El *Acuerdo* incluye términos adicionales como Primas, cuándo puede cambiar la cobertura, la fecha de vigencia de la cobertura y la fecha de vigencia de la cancelación. Se debe consultar el *Acuerdo* para determinar los términos exactos de la cobertura. Puede obtener una copia del *Acuerdo* a través de su Grupo.

Para obtener información sobre los beneficios que se proporcionan en cualquier otro programa, consulte la evidencia de cobertura de ese plan. Para obtener información sobre los beneficios que se proporcionan en cualquier otro programa ofrecido por su Grupo (por ejemplo, los beneficios de la compensación del trabajador), consulte la documentación correspondiente de su Grupo.

En esta *EOC*, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro/a”. Algunas veces nos referimos a los Miembros como “usted”. Algunos términos en mayúscula tienen un significado especial en esta *EOC*; asegúrese de consultar la sección “Definiciones” para ver los términos que debe saber.

Le recomendamos leer la totalidad de esta *EOC* para familiarizarse con las condiciones de cobertura y poder aprovechar al máximo todos sus beneficios de Health Plan. Además, si tiene necesidades especiales de atención médica, lea detenidamente las secciones correspondientes.

Acerca de Kaiser Permanente

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDE RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Kaiser Permanente brinda servicios directamente a nuestros Miembros a través de un programa integral de atención médica. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan y el Grupo Médico trabajan juntos para proporcionar atención de calidad a todos los Miembros. Por medio de nuestro programa de atención médica, usted tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tal como atención de rutina con su Médico personal del plan, servicios hospitalarios, servicios de laboratorio y farmacia, servicios de emergencia y atención de urgencia, y otros beneficios que se describen en esta *Evidencia de Cobertura*. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen grandiosas formas de proteger y mejorar su salud.

Proporcionamos Servicios cubiertos a los Miembros a través de los Proveedores del Plan ubicados en nuestra área de servicio, tal como se describe en la sección “Definiciones”. Debe recibir toda la atención con cobertura de los proveedores del plan dentro de nuestra área de servicio, a excepción de lo descrito en las secciones que aparecen a continuación para los siguientes servicios:

- referencias autorizadas, como se describe en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”;
- servicios cubiertos recibidos fuera del área de servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del área de servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo obtener servicios”;
- servicios de ambulancia de emergencia, según se describe en “Servicios de ambulancia” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- servicios de emergencia, Atención de posestabilización y Atención de Urgencia fuera del área, tal como se describen en la sección “Servicios de emergencia y Atención de Urgencia”;
- atención de diálisis fuera del área, según se describe en “Atención de diálisis” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- medicamentos recetados de Farmacias fuera del plan, como se describe en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare, como se describe en “Servicios Asociados con Ensayos Clínicos” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Vigencia de esta Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* corresponde al periodo desde el 1 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025, a menos que se modifique. Los Beneficios, los Copagos y los Coseguros pueden cambiar el 1 de enero de cada año y en otros momentos de conformidad con el *Acuerdo* que su Grupo tenga con nosotros. Su grupo

puede informarle si esta *Evidencia de Cobertura* todavía tiene vigencia y entregarle una vigente si esta *Evidencia de Cobertura* se ha modificado.

Definiciones

Algunos términos tienen un significado especial en esta *EOC*. Cuando se utiliza un término que tiene un significado especial solo en una sección de esta *EOC*, el término se define en esa sección. Los términos de esta sección “Definiciones” tienen un significado especial cuando tienen mayúscula inicial y se utilizan en cualquier sección de esta *EOC*.

Período de Acumulación: un período de no más de 12 meses consecutivos con el fin de acumular montos para alcanzar los deducibles que tenga (si corresponde) y los gastos máximos de bolsillo. El Período de Acumulación de esta *Evidencia de Cobertura* es del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025.

Asignación: monto específico que se acredita a un miembro por el costo de un concepto. Si el costo de los conceptos o servicios que elija es mayor que la asignación, usted pagará la diferencia, que no se aplica al gasto de bolsillo máximo anual.

Etapas de cobertura para catástrofes: la etapa de beneficios de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) haya gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid: La agencia federal que administra el programa de Medicare.

Cobertura adicional: Beneficios opcionales, tales como la acupuntura, quiropráctica o cobertura dental que pueden estar disponibles para los Miembros inscritos bajo esta *EOC*. Si su plan incluye Cobertura Adicional, esta cobertura se describirá en una enmienda a esta *EOC* o en un acuerdo aparte del emisor de la cobertura.

Cargos: “Cargos” significa lo siguiente:

- En el caso de los servicios prestados por el grupo médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos en el calendario del plan de salud del grupo médico y los cargos de Kaiser Foundation Hospitals por servicios prestados a los miembros.
- En el caso de los servicios por los que se paga por cápita a un proveedor (excepto Medical Group o Kaiser Foundation Hospitals), los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga per cápita.
- En el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro por un artículo que no esté incluido en su plan de beneficios (este monto resulta de los costos por la compra, el almacenamiento y la dispensación de

medicamentos, los costos directos e indirectos de brindar a los Miembros los Servicios de farmacia de Kaiser Permanente y la contribución del programa de farmacia a los requisitos de ingresos netos del Plan de Salud).

- En el caso de cualquier otro Servicio, los pagos que realiza Kaiser Permanente por los Servicios o, si Kaiser Permanente resta su Costo Compartido de los pagos, la cantidad que Kaiser Permanente debería haber pagado si no hubiera restado su Costo Compartido.

Coseguro: Un porcentaje de los Cargos que usted debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos bajo esta *EOC*.

Queja: El nombre formal para “presentar una queja” es “presentar una queja formal”. El proceso de quejas se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye quejas si su plan no cumple los plazos en el proceso de apelación.

Lista completa de medicamentos recetados disponibles (Lista de medicamentos cubiertos o “Lista de Medicamentos”): una lista de los medicamentos recetados de Medicare Parte D que cubre nuestro plan. Nosotros seleccionamos los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de médicos y farmacéuticos. e incluimos opciones tanto de marca como genéricas.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF): centro que ofrece principalmente Servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como Servicios médicos, fisioterapia, Servicios psicológicos o sociales, y rehabilitación para pacientes ambulatorios.

Copago: Una cantidad específica en dólares que usted debe pagar cuando recibe Servicios cubiertos bajo esta *EOC*. Importante: La cantidad en dólares del Copago puede ser \$0 (sin cargo).

Costo compartido: El monto que usted debe pagar por los servicios cubiertos. Por ejemplo, su costo compartido podría ser un copago o un coseguro. Costo compartido también significa cualquier cargo que deba pagar por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte D. Si su cobertura incluye un deducible del plan y usted recibe atención que está sujeta a este deducible, su costo compartido por dichos servicios se cobrará hasta que alcance el deducible del plan.

Determinación de cobertura: una determinación inicial que hacemos sobre si un medicamento de la Parte D que le han recetado tiene cobertura en la Parte D y la cantidad, de haber alguna, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si lleva la receta para un medicamento de la Parte D a una Farmacia del Plan y la farmacia le informa que no cubrimos ese medicamento recetado, eso no es una Determinación de Cobertura. Debe llamarnos o escribirnos para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las Determinaciones de Cobertura se llaman “decisiones de cobertura” en esta *EOC*.

Dependiente: miembro de Kaiser Permanente que cumple con los requisitos de elegibilidad como Dependiente (para conocer los requisitos de elegibilidad de los Dependientes, consulte “Quién es elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”).

Equipo médico duradero: Cierta equipo que el médico ordena por motivos médicos. Entre los ejemplos, se incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión intravenosas, dispositivos generadores del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Condición médica de emergencia: una afección médica o de salud mental que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor intenso) como para que una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina pudiese considerar, de manera razonable, que si no recibe atención médica inmediata podría presentarse alguna de las siguientes situaciones:

- riesgo grave para la salud de la persona o en el caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé en gestación;
- disfunción grave de las funciones del organismo;
- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

Un trastorno de salud mental es un problema médico de emergencia cuando cumple con los requisitos indicados en el párrafo anterior, o cuando la afección se manifiesta con síntomas agudos, lo que provoca algo de lo siguiente:

- La persona representa un peligro inminente para sí misma o para otros.
- La persona está inmediatamente incapacitada para proporcionarse o hacer uso de alimentos, alojamiento o vestimenta debido a un trastorno mental.

Servicios de Emergencia: Servicios Cubiertos que (1) presta un proveedor calificado para proporcionar Servicios de emergencia, y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una Condición médica de emergencia, tal como:

- Una prueba de detección médica que se encuentra dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares (tales como los Servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio), disponibles normalmente en el departamento de emergencias, para evaluar la Condición médica de emergencia.
- Dentro de las capacidades del personal y las instalaciones disponibles en el hospital, un examen y un tratamiento necesarios desde el punto de vista médico para estabilizar al paciente (una vez que se haya estabilizado la condición, los Servicios que recibe son de Atención de posestabilización y no Servicios de emergencia).

Evidencia de Cobertura: este documento de Evidencia de Cobertura, incluida cualquier enmienda, que describe la cobertura de salud de “Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) with Part D” según el Acuerdo del Plan de Salud con su Grupo.

“Beneficio Adicional”: programa de Medicare que ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a pagar los costos del programa para medicamentos recetados de Medicare, tales como las primas, los deducibles y el coseguro.

Familia: un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Queja formal: un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, los proveedores o las farmacias, y que incluye una queja informal sobre la calidad de la atención que recibe. Esta queja no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Grupo: la entidad con la que el Plan de Salud ha firmado el Acuerdo que incluye esta EOC.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una empresa sin fines de lucro de California. En esta EOC, a veces se hace referencia al Plan de Salud como “nosotros” o “nuestro/a”.

Región base: región en la que se inscribió (la Región Norte o la Región Sur de California).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si los ingresos brutos ajustados modificados que reportó en su declaración de impuestos del IRS hace dos años están por encima de un cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de Ajuste Mensual Relacionado con los Ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Puesto que menos de 5 % de las personas que tienen Medicare se ven afectadas por este ajuste, la mayoría de las personas no pagará una prima más alta.

Etapas de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que sus costos de bolsillo para 2025 hayan alcanzado \$2,000.

Período de inscripción inicial: cuando reúne los requisitos por primera vez para participar en Medicare, el período en que puede suscribirse para Medicare Parte B. Si reúne los requisitos para la Parte B cuando cumpla 65 años, su Período de Inscripción Inicial son los 7 meses que comienzan 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y finaliza 3 meses después del mes en que cumple los 65 años.

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Hospitals (una corporación sin fines de lucro de California), el Plan de Salud y el Grupo Médico.

Programa de descuentos del fabricante: un programa según el cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo completo del plan por los medicamentos de marca y productos biológicos de la Parte D cubiertos. Los descuentos se basan en los acuerdos entre el gobierno federal y los fabricantes de medicamentos.

Grupo médico: The Permanente Medical Group, Inc., una organización profesional con fines de lucro.

Necesario desde el punto de vista médico: un servicio es necesario desde el punto de vista médico si es médicamente apropiado y es necesario para prevenir, diagnosticar o tratar su afección o síntomas clínicos de acuerdo con estándares de práctica profesional generalmente aceptados que sean consistentes con un estándar de atención en la comunidad médica.

Medicare: programa federal de cobertura de salud para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con determinadas discapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (por lo general, quienes tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón).

Organización de Medicare Advantage: una entidad pública o privada organizada y con licencia del estado como entidad capaz de absorber riesgos que tiene contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para prestar Servicios cubiertos de Medicare, excepto por los cuidados paliativos que cubra Original Medicare. Kaiser Foundation Health Plan, Inc., es una Organización de Medicare Advantage.

Plan de Medicare Advantage: a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan de Medicare Advantage puede ser: (i) un plan de una organización para el mantenimiento de la salud (HMO), (ii) una organización de proveedores preferidos (PPO), (iii) un plan de pago por servicio privado (PFFS) o (iv) un plan cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir el tipo de plan, un plan de Medicare Advantage de una Organización para el Mantenimiento de la Salud o una Organización de Proveedores Preferidos también puede ser un plan de necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los Planes Medicare Advantage también ofrecen Medicare Parte D (cobertura para medicamentos de venta con receta). Estos planes se llaman **Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados**. Una persona inscrita en un plan de Medicare Parte D tiene Medicare Parte D en virtud de su inscripción en el plan de la Parte D. Esta *Evidencia de Cobertura* es para un plan de Medicare Parte D.

Plan de Salud de Medicare: un Plan de salud de Medicare es un plan que ofrece una compañía privada que tenga un contrato con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Esta expresión incluye todos los planes de Medicare Advantage, los planes Medicare Cost, los Programas piloto o de demostración, y Programs of All-inclusive Care for the Elderly (PACE, programas de atención integral para personas de edad avanzada).

Póliza Medigap (Seguro Suplementario de Medicare): un seguro suplementario de Medicare vendido por compañías privadas de seguros para cubrir las *interrupciones* de la cobertura del plan Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo se utilizan con el plan Original Medicare. (Un plan de Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro: una persona que reúne los requisitos y que está inscrita según esta *EOC* y para quien hemos recibido Primas aplicables. En esta *EOC*, a veces se hace referencia a los Miembros como “usted”.

Consultas con especialistas no médicos: consultas, evaluaciones y tratamientos realizados por especialistas no médicos (como enfermeros practicantes, asistentes médicos profesionales, optometristas, podólogos y audiólogos).

Hospital que no pertenece al plan: cualquier hospital que no sea un Hospital del plan.

Farmacia fuera del plan: cualquier farmacia que no sea una Farmacia del plan. Estas farmacias también se llaman “farmacias fuera de la red”.

Médico que no pertenece al plan: cualquier médico que no sea un Médico del plan.

Proveedor que no pertenece al plan: cualquier proveedor que no sea un Proveedor del Plan.

Psiquiatra que no pertenece al Plan: un psiquiatra que no sea un Médico del plan.

Centro de enfermería especializada fuera del plan: cualquier centro de enfermería especializada que no sea del plan.

Determinación de la Organización: determinación de nuestro plan cuando decide si los conceptos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los conceptos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en esta *Evidencia de Cobertura*.

Original Medicare (“Medicare tradicional” o “Medicare con pago por servicio”): el gobierno ofrece Original Medicare y no un plan de salud privado, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. En el caso de Original Medicare, los servicios de Medicare tienen cobertura mediante los pagos que reciben los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica según lo establece el Congreso. Usted puede consultar a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) y está disponible en todo el territorio de Estados Unidos.

Atención de Urgencia fuera del área: servicios necesarios desde el punto de vista médico para evitar el deterioro grave de la salud como consecuencia de una enfermedad o lesión imprevistas, si se cumplen todas estas condiciones:

- Se encuentra temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Una persona sensata habría creído que su salud podría haberse deteriorado gravemente si se retrasaba el tratamiento hasta regresar a nuestra área de servicio.

Consultas con especialistas médicos: consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas médicos, incluidos Médicos personales del Plan que no sean Médicos de Atención Primaria.

Deducible del Plan: el monto que debe pagar conforme a esta *EOC* en un año calendario por determinados Servicios antes de que cubramos esos Servicios con el pago de un Copago o Coseguro correspondiente en ese año calendario. Consulte la sección “Beneficios y su Costo Compartido” para averiguar si su cobertura incluye un Deducible del plan, los Servicios que están sujetos al Deducible del plan y la cantidad del Deducible del plan.

Centro de atención del plan: cualquier centro de atención que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en kp.org/facilities (en inglés). Los Centros del plan incluyen los Hospitales del plan, los Consultorios médicos del plan y cualquier otro centro de atención que designemos en el directorio. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Centros del plan podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Hospital del plan: cualquier hospital que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en kp.org/facilities (en inglés). En el directorio, algunos Hospitales del Plan se mencionan como Centros Médicos de Kaiser Permanente. El directorio se actualiza con regularidad. Es posible que cambie la disponibilidad de Hospitales del Plan. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Consultorio del plan: cualquier consultorio médico que se encuentre en el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web en kp.org/facilities (en inglés). En el directorio, los Centros Médicos de Kaiser Permanente pueden incluir Consultorios Médicos del Plan. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Consultorios Médicos del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Oficina de venta de productos ópticos del plan: una oficina de venta de productos ópticos que es propiedad de Kaiser Permanente y que está operada por nosotros, u otra oficina de venta de productos ópticos que designemos. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”) para conocer las ubicaciones de las oficinas de venta de productos ópticos del plan que hay en su área. En el directorio, las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan reciben el nombre de “Vision Essentials”. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Optometrista del plan: un optometrista que es Proveedor del Plan.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan: el monto total de Costos Compartidos que debe pagar de acuerdo con esta *Evidencia de Cobertura* en el año calendario por determinados Servicios cubiertos que usted reciba durante el mismo año calendario. Consulte la sección “Beneficios y Su Costo Compartido” para conocer la cantidad del gasto máximo de bolsillo de su plan e informarse sobre qué Servicios corresponden al gasto máximo de bolsillo del plan.

Farmacia del plan: una farmacia que es propiedad de Kaiser Permanente y que está operada por nosotros u otra farmacia que designemos. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en “Español”) para conocer las ubicaciones de las farmacias del plan que hay en su área. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de las Farmacias del Plan podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Médico del plan: cualquier médico certificado que trabaje para el Grupo Médico, o cualquier

médico certificado contratado para prestar servicios a los miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar servicios de referidos).

Proveedor del Plan: un Hospital del Plan, un Médico del Plan, el Grupo Médico, una Farmacia del Plan o cualquier otro proveedor de atención médica que el Plan de Salud designe como Proveedor del Plan.

Centro de enfermería especializada del plan: un Centro de Enfermería Especializada aprobado por el Plan de Salud.

Atención de Posestabilización: servicios necesarios desde el punto de Vista Médico asociados a su condición médica de emergencia que reciba en un hospital (incluido el Departamento de Emergencias) después de que el médico tratante determine que su condición médica es clínicamente estable. Se lo considera clínicamente estable cuando el médico tratante cree, dentro de probabilidades médicas razonables y de acuerdo con normas médicas reconocidas, que se le puede dar de alta o trasladar sin peligro, y que no se espera que su afección empeore significativamente durante o después del proceso de alta o de traslado.

Primas: los montos periódicos correspondientes a su membresía en virtud de esta *Evidencia de Cobertura*.

Servicios Preventivos: Servicios cubiertos que evitan o detectan enfermedades y que proporcionan uno o más de lo siguiente:

- protección contra enfermedades y discapacidad, o el avance de una enfermedad;
- detección de enfermedades en sus etapas más tempranas antes de que se desarrollen síntomas evidentes.

Médicos de cabecera: médicos generalistas orientados a medicina interna, pediatría y medicina familiar, y especialistas en obstetricia/ginecología a quienes Medical Group designa como médicos de atención primaria. Consulte el Directorio de Proveedores en nuestro sitio web kp.org obtener una lista de los médicos que están disponibles como médicos de atención primaria. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos de Cabecera podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Visitas de atención primaria: evaluaciones y tratamiento que proporcionan Médicos de Atención Primaria y Proveedores del Plan de atención primaria que no son médicos (tales como enfermeros practicantes).

Directorio de Proveedores: un directorio de los Médicos del Plan y los Centros de Atención del Plan en su Región Base. Este directorio está disponible en nuestro sitio web kp.org/directory. Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos y los Centros de Atención del Plan puede cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Herramienta de beneficio en tiempo real: un portal o aplicación informática en el que los afiliados pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica del inscrito

sobre los medicamentos cubiertos y los beneficios. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos alternativos de la lista de medicamentos cubiertos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Región: una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención de salud. Las regiones pueden cambiar el 1 de enero de cada año y actualmente son las siguientes: Distrito de Columbia y partes del Norte de California, Sur de California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia y Washington. Para ver un listado actualizado de las Regiones, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame a Servicio a los Miembros.

Trastorno emocional grave de un menor de 18 años: un problema de salud identificado como “trastorno mental” en la edición más reciente de la publicación *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, excepto aquellos trastornos primarios por abuso de sustancias o trastornos del desarrollo, que ocasionen un comportamiento inadecuado para la edad del menor de acuerdo con las normas de desarrollo esperadas. Además, el menor debe cumplir, por lo menos, uno de tres criterios que se mencionan a continuación.

- Como resultado del trastorno mental, (1) el niño tiene una disfunción importante en al menos dos de las siguientes áreas: cuidado personal, actividades escolares, relaciones familiares o capacidad para participar en la comunidad y (2) si (a) el niño corre el riesgo de que se le quite de su hogar o esto ya sucedió, o bien si (b) el trastorno y las disfunciones mentales se han estado desarrollando durante más de seis meses o es probable que continúen durante más de un año sin tratamiento.
- El niño presenta características sicóticas o riesgo de suicidio o de violencia debido a un trastorno mental.
- El menor cumple los requisitos de elegibilidad para recibir una educación especial según la Sección 5600.3(a)(2)(C) del Código de Asistencia Social e Instituciones.

Área de servicio: el área geográfica aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid dentro de la cual una persona que reúna los requisitos puede inscribirse en Senior Advantage. Nota: Sujeto a la aprobación de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid, es posible que reduzcamos o expandamos nuestra Área de Servicio a partir del 1 de enero. Los códigos postales están sujetos a los cambios del Servicio Postal de Estados Unidos. Los siguientes códigos postales de cada condado están dentro de nuestra Área de servicio:

- Todos los códigos postales del condado de Alameda están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94501–02, 94505, 94514, 94536–46, 94550–52, 94555, 94557, 94560, 94566, 94568, 94577–80, 94586–88, 94601–15, 94617–21, 94622–24, 94649, 94659–62, 94666, 94701–10, 94712, 94720, 95377, 95391

- Los siguientes códigos postales del condado de Amador están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 95640, 95669
- Todos los códigos postales del condado de Contra Costa están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94505–07, 94509, 94511, 94513–14, 94516–31, 94547–49, 94551, 94553, 94556, 94561, 94563–65, 94569–70, 94572, 94575, 94582–83, 94595–98, 94706–08, 94801–08, 94820, 94850
- Los siguientes códigos postales del condado de El Dorado están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, 95762
- Los siguientes códigos postales del condado de Fresno están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888
- Los siguientes códigos postales del condado de Kings están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656
- Los siguientes códigos postales del condado de Madera están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720
- Todos los códigos postales del condado de Marin están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94901, 94903–04, 94912–15, 94920, 94924–25, 94929–30, 94933, 94937–42, 94945–50, 94952, 94956–57, 94960, 94963–66, 94970–71, 94973–74, 94976–79
- Los siguientes códigos postales del condado de Mariposa están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 93601, 93623, 93653
- Todos los códigos postales del condado de Napa están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94503, 94508, 94515, 94558–59, 94562, 94567, 94573–74, 94576, 94581, 94599, 94576
- Los siguientes códigos postales del condado de Placer están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, 95765
- Todos los códigos postales del condado de Sacramento están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94203–09, 94211, 94229–30, 94232, 94234–37, 94239–40, 94244–45, 94247–50, 94252, 94254, 94256–59, 94261–63, 94267–69, 94271, 94273–74, 94277–80, 94282–85, 94287–91, 94293–98, 94571, 95608–11, 95615, 95621, 95624, 95626, 95628, 95630, 95632, 95638–

- 39, 95641, 95652, 95655, 95660, 95662, 95670–71, 95673, 95678, 95680, 95683, 95690, 95693, 95741–42, 95757–59, 95763, 95811–38, 95840–43, 95851–53, 95860, 95864–67, 95894, 95899
- Todos los códigos postales del condado de San Francisco están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94102–05, 94107–12, 94114–34, 94137, 94139–47, 94151, 94158–61, 94163–64, 94172, 94177, 94188
 - Todos los códigos postales del condado de San Joaquín están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94514, 95201–15, 95219–20, 95227, 95230–31, 95234, 95236–37, 95240–42, 95253, 95258, 95267, 95269, 95296–97, 95304, 95320, 95330, 95336–37, 95361, 95366, 95376–78, 95385, 95391, 95632, 95686, 95690
 - Todos los códigos postales del condado de San Mateo están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94002, 94005, 94010–11, 94014–21, 94025–28, 94030, 94037–38, 94044, 94060–66, 94070, 94074, 94080, 94083, 94128, 94303, 94401–04, 94497
 - Los siguientes códigos postales del condado de Santa Clara están dentro de nuestra Área de Servicio de la Región Norte de California: 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, 95196
 - Todos los códigos postales del condado de Santa Cruz están dentro de nuestra Área de servicio de la Región Norte de California: 95001, 95003, 95005–07, 95010, 95017–19, 95033, 95041, 95060–67, 95073, 95076–77
 - Todos los códigos postales del condado de Solano están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94503, 94510, 94512, 94533–35, 94571, 94585, 94589–92, 95616, 95618, 95620, 95625, 95687–88, 95690, 95694, 95696
 - Los siguientes códigos postales del condado de Sonoma están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, 95492
 - Todos los códigos postales del condado de Stanislaus están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 95230, 95304, 95307, 95313, 95316, 95319, 95322–23, 95326, 95328–29, 95350–58, 95360–61, 95363, 95367–68, 95380–82, 95385–87, 95397
 - Los siguientes códigos postales del condado de Sutter están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836–37
 - Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673
 - Los siguientes códigos postales del condado de Yolo están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, 95798–99
 - Los siguientes códigos postales del condado de Yuba están dentro de nuestra área de servicio de la Región norte de California: 95692, 95903, 95961

Para cada código postal mencionado para un condado, nuestra Área de servicio incluye solo la parte de ese código postal que pertenece a dicho condado. Cuando un código postal abarca más de un condado, la parte del código postal que pertenece a otro condado no estará incluida en nuestra Área de servicio, salvo que ese otro condado esté enumerado más arriba y el código postal también esté mencionado para ese otro condado. Si tiene dudas respecto de si un código postal pertenece a nuestra área de servicio, llame a Servicio a los Miembros. Además, los códigos postales mencionados pueden incluir códigos postales de Apartados Postales y apartados comerciales que se rentan. Los apartados postales y los apartados comerciales que se rentan no pueden utilizarse para determinar si usted reúne los requisitos de residencia para Senior Advantage. Para determinar si usted reúne los requisitos para Senior Advantage, se debe utilizar su dirección de residencia permanente.

Servicios: los servicios o artículos de atención médica (“atención médica” incluye tanto la atención médica física como la salud mental) y los servicios para tratar Enfermedades Mentales Graves o el Trastorno Emocional Grave de un Menor de 18 Años.

Enfermedad mental grave: se incluyen las siguientes: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maníaco depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Centro de enfermería especializada: un centro de atención autorizado por el estado de California que brinda atención de enfermería especializada a pacientes hospitalizados, servicios de rehabilitación y otros servicios médicos relacionados. La actividad principal del centro de atención debe ser la prestación de atención autorizada de enfermería especializada 24 horas al día. El término “Centro de Enfermería Especializada” no incluye los hogares para ancianos convalecientes, los centros de descanso ni los centros para personas mayores, si la actividad principal de estos lugares es brindar atención de custodia, incluida la capacitación para rutinas de la vida diaria. También puede ser una unidad o sección dentro de otro centro (por ejemplo, un hospital) siempre y cuando cumpla con los términos de esta definición.

Cónyuge: la persona con quien el Suscriptor está legalmente casado, según la ley correspondiente. Para los fines de esta EOC, el término “Cónyuge” incluye a la pareja doméstica del Suscriptor. “Pareja doméstica” son dos personas registradas y reconocidas legalmente como pareja doméstica por California (si su Grupo permite la inscripción de parejas domésticas no reconocidas

legalmente como tales por California, el término “cónyuge” también incluye a la pareja doméstica del suscriptor que cumpla los requisitos de elegibilidad de su Grupo para las parejas domésticas).

Estabilizar: administrar tratamiento médico para una Condición Médica de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá deterioro material de la condición médica a causa del traslado, ni durante dicho traslado, de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una persona embarazada que tiene contracciones, cuando no es el momento adecuado para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto (o cuando el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la persona embarazada o del niño por nacer), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

Subscriber: un Miembro que es elegible para serlo por sí mismo, no por ser Dependiente, y que cumple con los requisitos de elegibilidad como Suscriptor (consulte los requisitos de elegibilidad en “Quién Es Elegible” de la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”).

Acuerdo de Maternidad Subrogada: un acuerdo por el que una persona acepta quedar embarazada y entregar el bebé (o bebés) a otra persona o personas que tienen la intención de criar al niño (o niños). El embarazo puede producirse de cualquier manera, incluidas, entre otras, la fecundación por inseminación artificial, inseminación intrauterina, fecundación in vitro implantación quirúrgica de un óvulo fecundado de otra persona. A los efectos de esta *Evidencia de Cobertura*, “Acuerdos de Maternidad Subrogada” incluye todos los tipos de acuerdos de maternidad subrogada, incluidos los acuerdos de maternidad subrogada tradicionales y los acuerdos de maternidad subrogada gestacionales.

Consultas de Telesalud: visitas interactivas por video y visitas telefónicas programadas entre usted y su proveedor.

Atención de Urgencia: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar un problema que requiere atención médica inmediata pero que no se considera un Problema Médico de Emergencia

Primas, Elegibilidad e Inscripción

Primas

Comuníquese con su Grupo y pídale información sobre las primas de su plan. También deberá seguir pagando a Medicare su prima mensual de Medicare.

Si no tiene Medicare Parte A, podría ser elegible para adquirir Medicare Parte A a través del Seguro Social. Comuníquese con el Seguro Social para obtener más información. Si recibe Medicare Parte A, esto puede reducir el monto que le correspondería pagar a su Grupo; consulte al administrador de beneficios de su Grupo.

Primas de Medicare

Prima de Medicare Parte D según el ingreso

Puede que se le exija a algunos miembros que paguen un cargo adicional, conocido como el Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula con el ingreso bruto ajustado modificado que informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS) de hace dos años. Si el monto excede un monto determinado, pagará el monto de prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que posiblemente tenga que pagar con base en sus ingresos, consulte <https://www.medicare.gov>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le informará a cuánto equivaldrá ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente las primas de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. Si tiene no paga el monto adicional, se cancelará su afiliación al plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

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

Penalización por inscripción tardía en Medicare Parte D

Algunos miembros deben pagar la penalización por inscripción tardía en la Parte D. La penalización por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que debe pagar para recibir cobertura de la Parte D si, en cualquier momento, después de que terminó su periodo de inscripción inicial, no tuvo cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados durante un periodo consecutivo de 63 días o más. “Cobertura acreditada de medicamentos recetados” es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la penalización por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D o sin otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta sanción mientras tenga cobertura de la Parte D. La sanción por inscripción tardía en la Parte D se agrega a la prima de su plan. Su Grupo o plan de salud le informará si se le aplica la sanción.

En los siguientes casos, no tendrá que pagarla:

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

Medicare establece el monto de la multa. Hay tres cosas importantes que debe tener en cuenta sobre esta sanción mensual por inscripción tardía en la Parte D:

- Primero, **la sanción puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede modificarse cada año.
- Segundo, **deberá seguir pagando una sanción mensual** mientras esté inscrito en un plan con beneficios para medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de plan.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y ya cuenta con los beneficios de Medicare, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la penalización por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial de antigüedad en Medicare.

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

En general, debe solicitar esta revisión en un **plazo de 60 días** a partir de la fecha en la primera carta de notificación de la penalización por inscripción tardía que haya recibido.

Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que tenga otra oportunidad para solicitar una revisión de la penalización por inscripción tardía.

Programa “Beneficio Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Beneficio Adicional” para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen bajos ingresos y recursos limitados. Entre los recursos se incluyen los ahorros y las inversiones en acciones pero no su hogar ni su automóvil. Si reúne los requisitos,

recibirá ayuda para pagar la prima mensual y los Copagos de los medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare de Medicare. Esta “Beneficio Adicional” también cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo.

Es posible que las personas con ingresos y recursos limitados reúnan requisitos para participar en el programa “Beneficio Adicional”. Si tiene derecho automáticamente al programa, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que postularse. Si no reúne los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Beneficio Adicional” para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para obtener “Beneficio Adicional”, comuníquese con:

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, siete días a la semana;
- la Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**), de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes; o
- su oficina estatal de Medicaid (consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener la información de contacto).

Si reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”, le enviaremos una cláusula de la *Evidencia de Cobertura para personas que reciben Beneficio Adicional para pagar los medicamentos recetados* (también conocida como cláusula sobre el *Low Income Subsidy* o *Cláusula LIS*), que explica sus costos como miembro de nuestro plan. Si el monto de su “Beneficio Adicional” cambia durante el año, también le enviaremos una cláusula actualizada de la *Evidencia de Cobertura para personas que reciben Beneficio Adicional para pagar los medicamentos recetados*.

Quién es elegible

Para inscribirse y continuar inscrito, debe reunir todos los requisitos de elegibilidad que se describen en esta sección “Quién es elegible”, incluidos los requisitos de elegibilidad de su Grupo y los requisitos de elegibilidad del área de servicio de su Región Base.

Requisitos de elegibilidad del Grupo

Debe cumplir los requisitos de elegibilidad de su Grupo. Se requiere que su Grupo informe a los Suscriptores acerca de los requisitos de elegibilidad.

Requisitos de elegibilidad de Senior Advantage

- Debe tener Medicare Parte B.
- Debe ser ciudadano de los Estados Unidos o tener presencia legal en los Estados Unidos.
- Su cobertura de Medicare debe ser primaria y el plan de atención médica de su Grupo debe ser secundario.
- No puede estar inscrito en ningún otro plan de salud de Medicare ni plan de medicamentos recetados de Medicare.

Nota: Si está inscrito en un plan de Medicare y pierde la elegibilidad, es posible que pueda inscribirse en un plan de su Grupo que no sea de Medicare, si su Grupo lo permite (consulte los detalles con su Grupo).

Requisitos de elegibilidad relacionados con el Área de Servicio

Debe vivir en nuestra área de servicio, a menos que haya estado inscrito sin interrupción en Senior Advantage desde el 31 de diciembre de 1998 y haya vivido fuera de nuestra área de servicio durante todo este tiempo. En ese caso, es posible que continúe su membresía a menos que cambie de domicilio y todavía viva fuera de nuestra área de servicio de su Región Base. Lea el significado de Área de Servicio en la sección “Definiciones” y cómo puede modificarse.

Trasladarse fuera del área de servicio de su Región Base. Si se traslada de forma permanente fuera del Área de Servicio de su Región Base o se ausenta de forma temporal del área de servicio de su Región Base durante más de seis meses consecutivos, deberá notificarnoslo y no podrá continuar su membresía de Senior Advantage según los términos de esta *Evidencia de Cobertura*.

Envíe su aviso a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
California Service Center
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

Se recomienda que nos notifique lo antes posible porque hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid cancelen oficialmente su cobertura de Senior Advantage, no podrá beneficiarse de nuestra cobertura ni de la de Original Medicare para ningún servicio de atención que reciba de Proveedores fuera del plan, excepto según se describe en las secciones que se mencionan a continuación para los siguientes Servicios:

- referencias autorizadas, como se describe en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”;
- servicios cubiertos recibidos fuera del área de servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo Recibir Atención Fuera del área de servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo obtener servicios”;
- servicios de ambulancia de emergencia, según se describe en “Servicios de ambulancia” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- servicios de emergencia, Atención de posestabilización y Atención de Urgencia fuera del área, tal como se describen en la sección “Servicios de emergencia y Atención de Urgencia”;
- atención de diálisis fuera del área, según se describe en “Atención de diálisis” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;

- medicamentos recetados de Farmacias fuera del plan, como se describe en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare, como se describe en “Servicios Asociados con Ensayos Clínicos” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Si usted no es elegible para seguir inscrito porque se muda al área de servicio de otra Región, comuníquese con su Grupo para conocer las opciones de atención médica disponibles de su Grupo. Es posible que pueda inscribirse en el área de servicio de otra Región si existe un acuerdo entre su Grupo y esa Región, pero el plan, incluida la cobertura, las primas y los requisitos de elegibilidad, tal vez no sea el mismo que establece esta *Evidencia de Cobertura*.

Para obtener más información sobre las áreas de servicio de las otras Regiones, llame al Servicio a los Miembros.

Elegibilidad como Suscriptor

Puede ser elegible para inscribirse y seguir inscrito como Suscriptor en los siguientes casos:

- Es un empleado de su Grupo.
- Es un propietario o socio de su Grupo.
- Tiene derecho a recibir cobertura por medio de un acuerdo de fideicomiso, un programa de beneficios por jubilación o un contrato de trabajo (a menos que el Servicio de Impuestos Internos considere que usted trabaja por su cuenta).

Elegibilidad como Dependiente

Elegibilidad como dependiente

La elegibilidad como Dependiente está sujeta a los requisitos de elegibilidad de su Grupo, que no se describen en esta *EOC*. Su Grupo puede comunicar los requisitos de elegibilidad de su Grupo. Si usted es Suscriptor en virtud de esta *Evidencia de Cobertura*:

- Su cónyuge.
- Los hijos dependientes suyos o de su cónyuge que cumplan con los requisitos descritos en la sección “Límite de edad para hijos dependientes”, si cumplen con estas condiciones:
 - ◆ hijos biológicos;
 - ◆ hijastros/hijastras;
 - ◆ hijos adoptados;
 - ◆ niños entregados a usted en adopción;
 - ◆ hijos adoptivos si usted o su cónyuge tienen la autoridad legal para dar instrucciones sobre su cuidado;
 - ◆ son niños de quienes usted o su cónyuge sean tutores legales (o lo hayan sido cuando cumplieron 18 años).

- Niños cuyo padre o madre sea un menor dependiente en virtud de su cobertura familiar (incluidos los hijos adoptados y los niños entregados a su menor dependiente en adopción o cuidados de crianza) si cumplen con todos los requisitos que se indican a continuación:
 - ◆ No están casados y no tienen una pareja doméstica (para los fines de este requisito únicamente, “pareja doméstica” se refiere a alguien que está registrado y es legalmente reconocido como pareja doméstica en California).
 - ◆ Cumplen con los requisitos descritos en la sección “Límite de edad para hijos dependientes”.
 - ◆ Reciben todo el sustento y la manutención de usted o de su cónyuge.
 - ◆ Viven con usted o con su cónyuge de manera permanente.

Límite de edad para hijos dependientes

Los niños deben ser menores de 26 años en la fecha de vigencia de esta *EOC* para inscribirse como Dependientes en su plan.

Los niños Dependientes son elegibles para permanecer en el plan hasta el final del mes en el que alcanzan el límite de edad.

Los hijos Dependientes del Suscriptor o del Cónyuge (incluidos los niños adoptados y los niños que permanecen con usted para adopción, sin incluir a los niños que permanecen con usted para cuidado de crianza) que alcanzan el límite de edad pueden seguir recibiendo cobertura conforme a esta *EOC* si se cumplen las siguientes condiciones:

- Cumplen todos los requisitos para ser Dependientes excepto por el límite de edad.
- Su Grupo permite la inscripción de dependientes.
- Son incapaces de tener un empleo que les permita mantenerse debido a una lesión, enfermedad o afección que los haya discapacitado física o mentalmente antes de que alcanzaran la edad límite para dependientes.
- Reciben el 50 por ciento o más del sustento y de la manutención de parte de usted o de su Cónyuge.
- Si se requiere, tiene que entregar pruebas de su discapacidad y dependencia en el lapso de 60 días a partir del momento en el que reciba nuestra solicitud (consulte “Certificación de dependiente con discapacidad” a continuación en la sección “Elegibilidad como dependiente”).

Certificación de Dependientes discapacitados

Es posible que se requiera una prueba para que un dependiente pueda continuar con la cobertura como dependiente con discapacidad. Si lo solicitamos, el suscriptor deberá proporcionarnos la documentación que acredite la incapacidad y la dependencia del dependiente de la siguiente manera:

- Si el niño es Miembro, enviaremos al Suscriptor, al menos 90 días antes de la fecha de finalización de la membresía, un aviso que indica que se cancelará la membresía del dependiente porque alcanzó el límite

de edad y ya no reúne los requisitos. La membresía del Dependiente se cancelará tal como se describe en el aviso, a menos que el Suscriptor presente la documentación que justifique la discapacidad y la dependencia del Dependiente en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que reciba el aviso y que determinemos que el Dependiente es elegible para ser considerado un dependiente discapacitado. Si el Suscriptor nos presenta la documentación en tiempo y forma, pero nosotros no tomamos una decisión antes de la fecha de cancelación sobre si el Dependiente es elegible, se extenderá la cobertura hasta que tomemos tal decisión. Si se determina que el Dependiente no cumple con los requisitos de elegibilidad como dependiente discapacitado, se le notificará al Suscriptor al respecto y se le informará la fecha de cancelación de la membresía. Si determinamos que el Dependiente es elegible para ser considerado un dependiente discapacitado, la cobertura no expirará. Además, a los dos años a partir de la fecha en la que el Dependiente alcanzó el límite de edad, el Suscriptor deberá proporcionarnos anualmente documentación que demuestre la incapacidad y dependencia del Dependiente en un plazo de 60 días después de que la solicitamos para que podamos determinar si el Dependiente sigue siendo elegible para considerarse un dependiente discapacitado.

- Si el niño no es Miembro porque usted está cambiando de cobertura, deberá enviarnos una prueba dentro de los 60 días desde que la solicitamos, de la discapacidad y dependencia del niño, así como una prueba de la su cobertura anterior. En el futuro, deberá proporcionar una prueba de que el niño sigue teniendo la discapacidad y la dependencia, dentro de los 60 días siguientes a haber recibido nuestra solicitud, aunque no más de una vez al año.

Dependientes que no reúnen los requisitos para inscribirse en un plan Senior Advantage. Si tiene dependientes que no tienen la cobertura de Medicare Parte B o por algún otro motivo no son elegibles para inscribirse conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, es posible que pueda inscribirlos como sus dependientes con un plan que no sea de Medicare que ofrezca su Grupo. Comuníquese con su Grupo para obtener detalles, entre ellos, información sobre elegibilidad y beneficios y para solicitar una copia del documento del plan que no es de Medicare.

Cómo inscribirse y cuándo empieza la cobertura

Su Grupo debe informarle cuándo reúne los requisitos para inscribirse y cuál es la fecha de vigencia de la cobertura. Si reúne los requisitos para inscribirse tal como se describe en “Quién es elegible” en la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, se permite la inscripción tal como se describe a continuación, y la membresía comienza al inicio (12 a. m.) de la fecha de vigencia de la cobertura indicada a continuación, excepto que:

- Su Grupo puede tener requisitos adicionales, que permiten la inscripción en otras situaciones.

- Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid deben confirmar la fecha de vigencia de su cobertura de Senior Advantage conforme a esta *EOC*, tal como se describe en “Fecha de vigencia de la cobertura de Senior Advantage” en la sección “Cómo inscribirse y cuándo comienza la cobertura”.

Si usted es un suscriptor inscrito en esta *Evidencia de Cobertura* y tiene dependientes que no tienen la cobertura de Medicare Parte B o por algún otro motivo no reúnen los requisitos para inscribirse conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, es posible que pueda inscribirlos como sus dependientes con un plan que no sea de Medicare que ofrezca su Grupo. Comuníquese con su Grupo para obtener detalles, entre ellos, información sobre elegibilidad y beneficios y para solicitar una copia del documento del plan que no es de Medicare.

Si reúne los requisitos para ser dependiente conforme a esta *Evidencia de Cobertura*, pero el suscriptor de su familia está inscrito en un plan que no es de Medicare ofrecido por su Grupo, el suscriptor debe seguir las normas para los suscriptores que inscriben a dependientes de la sección “Cómo inscribirse y cuándo comienza la cobertura”.

Fecha de entrada en vigor de la cobertura Senior Advantage

Después de recibir su formulario de elección de Senior Advantage completado, enviaremos su solicitud de inscripción a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para su confirmación y le enviaremos a usted un aviso que indique la fecha de entrada en vigor propuesta de su cobertura Senior Advantage según esta *Evidencia de Cobertura*.

Si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid confirman su inscripción y fecha de vigencia de Senior Advantage, le enviaremos un aviso que confirme su inscripción y fecha de vigencia. Si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos informan que usted no tiene cobertura de Medicare Parte B, le avisaremos que se cancelará su afiliación a Senior Advantage.

Empleados nuevos

Cuando su Grupo le informa que es elegible para inscribirse como suscriptor, pueden inscribirse usted y cualquier dependiente elegible al entregar una solicitud de inscripción aprobada por el plan de salud, y un formulario de elección de Senior Advantage por cada persona, a su Grupo en un plazo de 31 días.

fecha de vigencia de la cobertura de Senior Advantage. Su Grupo determina la fecha de vigencia de la cobertura de Senior Advantage para empleados nuevos y sus Dependientes familiares elegibles o Dependientes recientes, sujeta a confirmación por parte de los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid.

Inscripción abierta para grupos

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles), y los Suscriptores existentes pueden sumar Dependientes elegibles, enviando una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud, y un formulario de elección de Senior Advantage por cada persona, a su Grupo durante el período de

inscripción abierta de su Grupo. Su Grupo le informará cuándo comienza y finaliza el período de inscripción abierta y la fecha de vigencia de la cobertura, que están sujetos a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

Inscripción Especial

Si no se inscribe cuando reúne los requisitos por primera vez y desea inscribirse más adelante, puede inscribirse solo durante el período de inscripción abierta, a menos que suceda algo de lo siguiente:

- Usted es elegible porque experimenta un evento calificado (circunstancia de vida que califica y modifica su situación actual) (a veces llamado “evento desencadenante”) como se describe en esta sección “Inscripción especial”.
- No se inscribió en ninguna cobertura ofrecida por su Grupo cuando reunió los requisitos por primera vez y su Grupo no nos ha entregado una declaración por escrito que demuestre que usted firmó un documento que explicaba las restricciones relacionadas con la inscripción en el futuro. Sujeta a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado de esta cláusula será antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud y un Formulario de elección de Senior Advantage para cada persona, de parte del Suscriptor.

Inscripción especial debido a Dependientes nuevos

Puede inscribirse como suscriptor (junto con los dependientes elegibles), y los suscriptores existentes pueden agregar dependientes elegibles, en un plazo de 30 días después del matrimonio, sociedad doméstica, nacimiento, adopción o puesta en adopción o cuidado tutelar si envía a su Grupo una solicitud de inscripción aprobada por el plan de salud, y un formulario de elección de Senior Advantage por cada persona.

Sujeta a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado de un matrimonio o una sociedad doméstica será antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción y un Formulario de elección de Senior Advantage para cada persona, de parte del Suscriptor. Sujeto a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, las inscripciones de hijos dependientes recientemente inscritos entran en vigor de la siguiente manera:

- Las inscripciones por nacimiento entran en vigencia en la fecha del nacimiento.
- Las inscripciones por adopción entran en vigencia en la fecha de adopción.
- Las inscripciones por puesta en adopción o cuidados de crianza entran en vigencia a partir de la fecha en que usted o su cónyuge hayan asumido el derecho legal de controlar la atención médica.

Inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura. Usted puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes que reúnan los requisitos), y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes que reúnan los requisitos, si se cumple lo siguiente:

- El suscriptor o al menos uno de los dependientes tenía otra cobertura cuando rechazó previamente toda la cobertura a través de su Grupo.
- La pérdida de la otra cobertura se debe a uno de los siguientes motivos:
 - ◆ Finalización de la cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA).
 - ◆ Cancelación de las contribuciones del empleador para una cobertura que no es de COBRA.
 - ◆ Pérdida del derecho a la cobertura que no es de COBRA, pero no cancelación con causa ni cancelación de un plan individual (no de grupo) por falta de pago. Por ejemplo, esta pérdida de elegibilidad para la cobertura puede deberse a una separación legal o a un divorcio, mudarse a un lugar fuera del área de servicio del plan, alcanzar el límite de edad para hijos dependientes, o la muerte, pérdida de un empleo o reducción de las horas de empleo del suscriptor.
 - ◆ Pérdida de elegibilidad (pero no la cancelación con causa) para una cobertura por medio de Covered California, Medicaid (conocida como Medi-Cal en California), cobertura del Children's Health Insurance Program o cobertura del MediCal Access Program.
 - ◆ Se alcanza una cantidad máxima de cobertura vitalicia en todos los beneficios.

Importante: Si se inscribe como Suscriptor junto con al menos un Dependiente elegible, solo uno de los dos debe cumplir con los requisitos mencionados.

Para solicitar la inscripción, el suscriptor debe presentar una solicitud de inscripción aprobada por el plan de salud o una solicitud de cambio de inscripción, y un formulario de elección de Senior Advantage para cada persona, a su Grupo en el plazo de 30 días a partir de la pérdida de otra cobertura, excepto que el límite de tiempo para presentar la solicitud sea de 60 días si está solicitando una inscripción debido a la pérdida de elegibilidad para recibir cobertura a través de la cobertura de Covered California, Medicaid, Children's Health Insurance Program o Medi-Cal Access Program. Sujeto a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la fecha de entrada en vigencia de la inscripción que resulte de la pérdida de otra cobertura será antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción o de cambio de solicitud de inscripción de parte del suscriptor y un formulario de elección de Senior Advantage para cada persona, de parte del suscriptor.

Inscripción especial debido a una orden judicial o administrativa. En un plazo de 31 días a partir de la fecha de una orden judicial o administrativa en la que se le solicite al suscriptor que proporcione cobertura de salud para un cónyuge o un hijo que reúna los requisitos como dependiente, el suscriptor puede agregar al cónyuge o al hijo como dependiente al entregar a su Grupo una solicitud de inscripción aprobada por el plan de salud o una solicitud de cambio de inscripción, y un formulario de elección de Senior Advantage por cada persona.

Sujeta a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la fecha de vigencia de la cobertura que sea resultado de una orden judicial o administrativa es el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibimos la solicitud de inscripción, a menos que su Grupo especifique una fecha de vigencia diferente (si su Grupo especifica una fecha de vigencia diferente, la fecha de vigencia no debe ser anterior a la fecha de la orden).

Inscripción especial debido a elegibilidad por subsidio. Usted puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles), y los Suscriptores existentes pueden agregar a los Dependientes elegibles, si usted o un dependiente son elegibles para recibir un subsidio a través del programa Medi-Cal. Un subsidio es cuando el programa Medi-Cal paga la totalidad o parte de las primas de la cobertura grupal del empleador para un beneficiario de Medi-Cal. Para solicitar la inscripción en la cobertura de salud de su Grupo, el Suscriptor debe presentar una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud o una solicitud de cambio de inscripción, y un formulario de elección de Senior Advantage para cada persona, a su Grupo en el plazo de 60 días desde que usted o un dependiente sean elegibles para recibir un subsidio. Comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud de California para determinar si el subsidio está disponible y cuáles son los requisitos de elegibilidad.

Inscripción especial debido a la recontractación después del servicio militar. Si canceló su cobertura de atención médica porque lo llamaron a servicio activo en el servicio militar, es posible que pueda volver a inscribirse en el plan de salud de su Grupo si lo determina la ley estatal o federal. Solicite más información a su Grupo.

Cómo Obtener Servicios

Como Miembro, usted elige nuestro programa de atención médica para proporcionarle atención médica. Toda la atención cubierta debe ser proporcionada por proveedores del plan dentro de nuestra área de servicio, excepto según lo descrito en las siguientes secciones para los siguientes servicios:

- referencias autorizadas, como se describe en “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”;

- servicios cubiertos recibidos fuera del área de servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo recibir atención fuera del área de servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo obtener servicios”;
- servicios de ambulancia de emergencia, según se describe en “Servicios de ambulancia” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- servicios de emergencia, Atención de posestabilización y Atención de Urgencia fuera del área, tal como se describen en la sección “Servicios de emergencia y Atención de Urgencia”;
- atención de diálisis fuera del área, según se describe en “Atención de diálisis” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- medicamentos recetados de Farmacias fuera del plan, como se describe en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
- servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare, como se describe en “Servicios Asociados con Ensayos Clínicos” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Por medio de nuestro programa de atención médica, usted tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tal como atención de rutina con su Médico personal del plan, servicios hospitalarios, servicios de laboratorio y farmacia, servicios de emergencia y atención de urgencia, y otros beneficios que se describen en esta *Evidencia de Cobertura*.

Cuidados de rutina

Para solicitar una cita no urgente, puede llamar a nuestro Centro del Plan o solicitar una cita en línea. Para obtener los números de teléfono para programar una cita, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros. Para solicitar una cita en línea, vaya a nuestro sitio web kp.org.

Atención de urgencia

Una necesidad de Atención de urgencia requiere atención médica inmediata, pero no es una Afección médica de emergencia. Si considera que necesita Atención de Urgencia, llame al número de teléfono para citas o consejos en un Centro de Atención del Plan. Para obtener números de teléfono, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Para obtener información sobre la Atención de Urgencia Fuera del Área, consulte “Atención de Urgencia” en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

Nuestros Enfermeros de Consulta

Sabemos que a veces es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros de consulta para ayudarlo. Los enfermeros de consulta son enfermeros titulados que recibieron una capacitación especial para evaluar síntomas médicos y brindar consejos por teléfono, siempre que sea apropiado desde el punto de vista médico. Ya sea que llame para pedir un consejo o programar una cita, puede hablar con un enfermero de consulta. En general, se encargan de responder preguntas sobre problemas menores, indicarle qué hacer si un consultorio médico del plan está cerrado o aconsejarle qué pasos seguir, como hacer citas de Atención de Urgencia para el mismo día, si es aconsejable desde el punto de vista médico. Para comunicarse con un enfermero consejero, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Su médico personal del plan

Los Médicos Personales del plan proporcionan atención médica primaria y desempeñan un papel importante en la coordinación de la atención, incluidas las hospitalizaciones y las referencias a especialistas.

Le recomendamos que elija un Médico Personal del plan; puede escoger a cualquiera que esté disponible. Los padres pueden elegir un pediatra como Médico Personal del Plan para su hijo. La mayoría de los Médicos personales del Plan son Médicos de Cabecera (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar, o especialistas en obstetricia/ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Cabecera). También puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas que, aunque no están designados como Médicos de Cabecera, igualmente proporcionan servicios de atención primaria. Por ejemplo, puede elegir como Médico personal del Plan a algunos especialistas en medicina interna y obstetricia y ginecología que no están designados como Médicos de Cabecera. Sin embargo, si elige un especialista que no está designado como médico de atención primaria como médico personal del plan, el Costo Compartido para una visita a un especialista se aplicará a todas las visitas con el especialista, excepto los Servicios preventivos que se mencionan en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Para obtener más información sobre cómo elegir un médico del plan o cambiar por uno diferente, visite nuestro sitio web en kp.org o llame al Servicio a los Miembros. Consulte nuestro Directorio de Proveedores para obtener una lista de los médicos que están disponibles como Médicos de Cabecera. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Médicos de Cabecera podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros. Puede cambiar de Médico Personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo obtener una referencia

Referencias a proveedores del plan

Un Médico del Plan debe remitirla antes de que pueda obtener atención de especialistas, como especialistas en cirugía, ortopedia, cardiología, oncología, dermatología, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Sin embargo, no necesita una referencia ni una autorización previa para recibir la mayor parte de la atención de cualquiera de los siguientes Proveedores del Plan:

- su médico personal del plan;
- médicos generalistas orientados a la medicina interna, la pediatría y la medicina familiar;
- especialistas en optometría, Servicios de salud mental, tratamiento de trastornos por abuso de sustancias y obstetricia o ginecología.

Tiene que obtener una referencia de un Médico del Plan antes de que pueda recibir atención de un especialista en urología, pero no necesita una referencia para recibir Servicios relacionados con la salud sexual o reproductiva, por ejemplo, una vasectomía.

Aunque no se requiere una remisión o autorización previa para recibir la mayoría de la atención de estos proveedores, es posible que se necesite una remisión en las siguientes situaciones:

- Es posible que el proveedor deba obtener autorización previa para determinados Servicios de acuerdo con el “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” de la sección “Cómo obtener una referencia”.
- El proveedor podría tener que referirlo a un especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o afección médica.

Referencias abiertas

Si un médico del plan lo refiere a un especialista, la referencia será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una referencia permanente si se receta una atención continua por parte del especialista. Por ejemplo, si tiene una enfermedad que pone en peligro la vida, es degenerativa o discapacitante, puede obtener una remisión permanente a un especialista, en caso de que sea necesaria una atención continua por parte del especialista.

Procedimiento de autorización del grupo médico para ciertas referencias

Los siguientes son ejemplos de Servicios que requieren autorización previa del Grupo Médico para tener cobertura (“autorización previa” significa que el Grupo Médico debe aprobar los servicios por adelantado):

- equipos médicos duraderos;
- suministros para ostomía y urología;
- servicios que no están disponibles con los proveedores del plan;
- trasplantes.

La Supervisión de Utilización de Servicios (UM) es un proceso que determina si un Servicio recomendado por su proveedor tratante es Necesario desde el Punto de Vista Médico para usted. La autorización previa es un proceso de UM que determina si los servicios solicitados son Necesarios desde el Punto de Vista Médico antes de que se proporcione la atención. Si son Necesarios desde el Punto de Vista Médico, recibirá autorización para obtener la atención en un lugar que sea adecuado desde el punto de vista clínico y de acuerdo con los términos de su cobertura de salud. Solo médicos certificados u otros profesionales médicos certificados tomarán las decisiones sobre las solicitudes de autorización.

Para ver la lista completa de servicios que requieren de autorización previa y los criterios que se usaron para tomar decisiones sobre autorizaciones, visite nuestro sitio web kp.org/UM (cambie el idioma a español) o llame a Servicio a los Miembros para pedir una copia impresa. Consulte “Atención de posestabilización” en “Servicios de emergencia” de la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para conocer los requisitos de autorización que se deben cubrir para la atención de posestabilización por parte de proveedores fuera del plan.

Información adicional sobre autorizaciones previas para equipo médico duradero y suministros para ostomía, urología y cuidado especializado de las heridas. El proceso de autorización previa para equipo médico duradero y suministros para ostomía, urología y cuidado especializado de las heridas incluye el uso de las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. El grupo de trabajo clínico y multidisciplinario que desarrolló esta lista de artículos del equipo médico duradero incluye la revisión y opinión de médicos del plan y de profesionales médicos con experiencia en equipo médico duradero. Las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles se actualizan periódicamente para reflejar los cambios en las tecnologías, en las pautas de Medicare y en las prácticas médicas.

Si su Médico del Plan le receta alguno de estos artículos, presentará una referencia por escrito, de acuerdo con el proceso de UM descrito en esta sección “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias”. Si las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles no especifican si el artículo recetado es adecuado para su condición médica, se presentará la referencia al Médico del Plan designado por el Grupo Médico, quien tomará la decisión sobre la autorización, tal como se describe en “Plazos de las decisiones del Grupo Médico” de la sección “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias”.

Plazos de las decisiones del Grupo Médico. La persona designada por el grupo médico tomará una decisión sobre la autorización en un plazo apropiado para su enfermedad, pero antes de transcurridos cinco días hábiles desde el momento en que recibe toda la información (incluidos los resultados de las pruebas y exámenes adicionales) necesaria dentro de lo razonable para tomar la decisión, excepto las decisiones sobre Servicios de atención de urgencia, las cuales se tomarán en un plazo de

72 horas. Si el Grupo Médico necesita más tiempo para tomar la decisión porque no dispone de la información razonablemente necesaria, o bien, porque solicita una consulta con un especialista en particular, se le notificará a usted y a su médico tratante sobre la necesidad de obtener pruebas, información u opiniones especializadas adicionales, y la fecha en la que se espera que el Grupo Médico tome una decisión.

Se informará la decisión tomada al médico que le trata en un plazo de 24 horas. Si se autorizan los Servicios, se le informará a su médico sobre el alcance de los Servicios autorizados. Si el Grupo Médico no autoriza todos los Servicios, el Plan de Salud le enviará la decisión y una explicación por escrito en un plazo de dos días hábiles a partir de que se tomó la decisión. Usted podrá tener acceso, previa solicitud, a cualquier criterio por escrito utilizado por el Grupo Médico para tomar la decisión de aprobar, modificar, demorar o denegar la solicitud de autorización.

Si el Grupo Médico no autoriza todos los Servicios solicitados y usted desea apelar la decisión, puede presentar una queja formal como se describe en la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Para estos Servicios de referencias, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, tal como se describe en esta *EOC*.

Traslados y alojamiento para determinados servicios

Los siguientes son ejemplos de cuándo proporcionaremos o dispondremos que se proporcione un reembolso por determinados gastos de traslado y alojamiento de acuerdo con la descripción de Travel and Lodging Program:

- Si el Grupo Médico lo refiere a un proveedor que está a más de 50 millas de donde usted vive para recibir determinados Servicios especializados, como cirugía bariátrica, cirugía torácica compleja, nefrectomía para trasplante o quimioterapia para leucemia o linfoma de pacientes hospitalizados.
- Si el grupo médico lo refiere a un proveedor que está fuera de nuestra área de servicio de su Región Base para recibir determinados servicios especializados, como un trasplante o una cirugía para cambio de sexo.
- Si usted se encuentra fuera de California y necesita hacerse un aborto urgente o de emergencia, y no puede hacérselo de manera oportuna debido a una prohibición casi total o total a los proveedores de atención médica de prestar dichos servicios.

Para obtener una lista completa de los Servicios especializados para los que proporcionaremos o dispondremos que se proporcione un reembolso por gastos de traslado y alojamiento, la cantidad del reembolso, las limitaciones y las exclusiones, y cómo solicitar el reembolso, consulte la descripción del

Programa de Traslados y Alojamiento. La descripción del Programa de Traslados y Alojamiento (Travel and Lodging Program) está disponible en línea en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español) o llame a Servicio a los Miembros.

Segundas opiniones

Si desea una segunda opinión, puede pedirle a Servicio a los Miembros que le ayude a programar una cita con un Médico del Plan que sea un profesional médico debidamente calificado para tratar su enfermedad. Si ninguno de los Médicos del Plan es un profesional médico debidamente calificado para tratar su condición, Servicio a los Miembros autorizará una consulta para solicitar una segunda opinión de un Médico Fuera del Plan. Para fines de esta cláusula de “Segundas Opiniones” se considera que un “profesional médico debidamente calificado” es un médico que actúa en su ámbito de práctica profesional y que tiene trayectoria clínica (incluidas capacitación y experiencia) relacionada con la enfermedad o afección respecto a la que se solicita una segunda opinión médica.

A continuación, se presentan algunos ejemplos en los que es posible que se proporcione o autorice una segunda opinión:

- Su médico del plan le recomienda un procedimiento y usted no está seguro de si es razonable o necesario hacérselo.
- Usted cuestiona un diagnóstico o un plan de atención para una condición que representa un riesgo de disfunción importante o de pérdida de la vida, las extremidades o las funciones del organismo.
- Las instrucciones médicas son poco claras o son complejas y difíciles de entender.
- Se duda de un diagnóstico debido a resultados inconsistentes de las pruebas.
- El médico del plan no puede diagnosticar una enfermedad.
- Teniendo en cuenta el diagnóstico y el plan de atención, el plan de tratamiento en curso no mejora su problema médico en un período apropiado.
- Tiene dudas sobre el diagnóstico o el plan de atención.

Se le proporcionará la autorización o la denegación de su solicitud de una segunda opinión de manera expedita, de acuerdo con su condición. Si se deniega su solicitud de una segunda opinión, se le notificarán por escrito los motivos de esa denegación y su derecho a presentar una queja formal, según se describe en la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Para estos Servicios de referencias, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan, tal como se describe en esta *EOC*.

Contratos con proveedores del plan

Cómo se paga a los Proveedores del Plan

El Plan de Salud y los Proveedores del Plan son contratistas independientes. Se paga a los Proveedores del Plan de varias maneras: con sueldo, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, tarifas por servicio y pago de incentivos. Para obtener más información sobre cómo se les paga a los médicos del plan por brindar o gestionar la atención médica y los Servicios de hospital para miembros, visite nuestro sitio web en kp.org o llame a Servicio a los Miembros.

Responsabilidad financiera

Nuestros contratos con los proveedores del plan especifican que usted no es responsable por ningún monto que nosotros debamos. Sin embargo, es posible que usted sea responsable del precio completo de los Servicios sin cobertura que reciba de Proveedores del Plan o de los Proveedores Fuera del Plan.

Cuando se le refiera a un Proveedor del Plan para Servicios cubiertos, pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios de ese proveedor, tal como se describe en esta *EOC*.

Cancelación del contrato de un Proveedor del Plan y cumplimiento de los Servicios

Si cancelamos un contrato con un Proveedor del Plan mientras usted está bajo su cuidado, cumpliremos con nuestra responsabilidad financiera por los Servicios cubiertos que reciba de ese proveedor mientras hacemos los arreglos necesarios para que otro Proveedor del Plan le proporcione los Servicios y le notificaremos sobre estos arreglos.

Cumplimiento de Servicios. Si un médico del plan (o ciertos otros proveedores) le está administrando tratamiento para una afección específica cuando finaliza el contrato con este proveedor (por otras razones que no sean causa disciplinaria médica, actividad delictiva o la cancelación voluntaria por parte del proveedor) es posible que usted reúna los requisitos para continuar recibiendo atención con cobertura para su afección del proveedor cuyo contrato se ha cancelado. Las siguientes afecciones están sujetas a esta cláusula de continuación de atención médica:

- Ciertas afecciones que son agudas, o graves y crónicas. Es posible que cubramos estos Servicios hasta por 90 días o durante más tiempo si es necesario para una transferencia segura de la atención a un médico del plan o a otro proveedor contratado según lo determine el grupo médico.
- Un embarazo de alto riesgo o un embarazo en su segundo o tercer trimestre. Es posible que cubramos estos Servicios hasta la atención posparto relacionada con el parto o durante más tiempo si es necesario desde el punto de vista médico para realizar una transferencia segura de la atención a un médico del plan según lo determine el grupo médico.

De otra manera, los Servicios estarán cubiertos de acuerdo con esta *EOC*. Además, el proveedor cuyo contrato se canceló debe aceptar por escrito nuestros términos y condiciones contractuales, y cumplirlos para que cubramos los Servicios.

Por los Servicios de un proveedor cuyo contrato se haya cancelado, usted pagará el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un proveedor del plan, según se describe en esta *Evidencia de Cobertura*.

Más información. Por favor llame a Servicio a los Miembros para obtener más información sobre esta cláusula o para solicitar los Servicios.

Cómo recibir atención fuera del área de servicio de su Región Base

Para obtener información sobre su cobertura cuando esté lejos de casa, visite nuestro sitio web en kp.org/travel (cambie el idioma a español). También puede llamar a la Línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900**, las 24 horas al día, siete días a la semana (cerrado los días festivos).

Cómo recibir atención en otra área de servicio de Kaiser Permanente

Si visita otra área de servicio de Kaiser Permanente, puede recibir ciertos servicios cubiertos de proveedores designados en esa otra área de servicio de Kaiser Permanente, sujeto a exclusiones, limitaciones, requisitos de autorización o aprobación previa y reducciones. Para obtener más información sobre cómo recibir Servicios cubiertos en otra área de servicio de Kaiser Permanente, incluidas las ubicaciones de los proveedores y los centros de atención, visite kp.org/travel (cambie el idioma a español) o llame a nuestra Línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900**, las 24 horas del día, siete días a la semana (cerrado los días festivos).

Recibir atención fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente

Si viaja fuera de cualquier área de servicio de Kaiser Permanente, cubrimos los Servicios según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” sobre Servicios de emergencia, atención de posestabilización y Atención de Urgencia fuera del área, y en la sección “Beneficios y su Costo Compartido” sobre la atención para diálisis fuera del área.

Su tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación de Kaiser Permanente de cada Miembro tiene un número de historia clínica, que necesitará cuando llame para pedir consejos, haga una cita o consulte a un proveedor para recibir atención con cobertura. Cuando reciba atención, lleve su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con foto. Su número de historia clínica se usa para identificar su historia clínica y la información de membresía. Su número de historia clínica siempre será el mismo. Por favor llame a Servicio a los Miembros si por error le asignamos más de un número de historia clínica o si necesita reemplazar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

Su tarjeta se usará únicamente para fines de identificación. Para recibir Servicios cubiertos, debe ser un Miembro activo. A las personas que no sean Miembros se les facturará como no Miembros por cualquier Servicio que reciban. Si permite que otra persona use su tarjeta de identificación, tendremos derecho a retener la tarjeta y cancelar su membresía, según se describe en “Cancelación con Causa” en la sección “Cancelación de la Membresía”.

Su tarjeta de Medicare

Durante el tiempo que sea Miembro de este plan NO puede usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener Servicios Médicos. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía de Senior Advantage, es posible que deba pagar de su bolsillo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que la muestre si necesita servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación de rutina.

Cómo obtener asistencia

Nuestro objetivo es que esté satisfecho con la atención médica que reciba de Kaiser Permanente. Si tiene alguna pregunta o inquietud, hable con su Médico personal del Plan o con otros Proveedores del Plan de quienes reciba tratamiento. Con gusto le brindarán la ayuda que necesite y responderán sus dudas.

Servicio a los Miembros

Los representantes de Servicio a los Miembros pueden responder cualquier pregunta que tenga sobre los beneficios, los Servicios disponibles y los centros de atención donde puede recibir cuidados. Por ejemplo, le pueden explicar lo siguiente:

- los beneficios de su Plan de Salud;
- cómo hacer su primera cita médica;
- qué hacer si se muda;
- cómo reemplazar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

Muchos Centros de atención del plan tienen una oficina con representantes que pueden ofrecerle asistencia si necesita obtener Servicios. Dependiendo de las ubicaciones, estas oficinas reciben el nombre de Servicio a los Miembros, Asistencia para Pacientes o Servicio al Cliente. Además, los representantes de Servicio a los Miembros están disponibles para ayudarlo 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., en la línea telefónica gratuita **1-800-443-0815** o **711** (TTY para las personas sordas, con problemas auditivos o trastorno del habla). Para su conveniencia, también puede comunicarse con nosotros a través de nuestro sitio web kp.org.

Estimaciones del Costo Compartido

Para obtener información sobre las estimaciones, consulte “Cómo obtener una estimación de su Costo Compartido” en “Su Costo Compartido”, en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Centros de Atención del Plan

Los Consultorios Médicos del Plan y los Hospitales del Plan se encuentran en el Directorio de Proveedores de su

Región Base. El directorio describe los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro de Atención del Plan, porque algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Servicios cubiertos. Este directorio está disponible en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en "Español"). Para obtener una copia impresa, llame a Servicio a los Miembros. El directorio se actualiza con regularidad. La disponibilidad de los Centros del plan podría cambiar. Si tiene preguntas, por favor llame a Servicio a los Miembros.

En general, en la mayoría de los Centros de Atención del Plan puede recibir todos los Servicios cubiertos que necesite, incluidos atención especializada, farmacia y análisis de laboratorio. No está limitado a un Centro del Plan específico, y le sugerimos visitar el que le resulte más conveniente:

- Todos los Hospitales del Plan brindan Servicios para pacientes hospitalizados y están abiertos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Los servicios de emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los hospitales del plan (para conocer las ubicaciones de los departamentos de emergencias, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Las citas de Atención de Urgencia para el mismo día están disponibles en diversas ubicaciones (para conocer las ubicaciones de Atención de Urgencia, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Muchos consultorios médicos del plan ofrecen citas por la tarde y los fines de semana.
- Muchos centros de atención del plan tienen una oficina de Servicio a los Miembros (para conocer las ubicaciones, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros).
- Hay farmacias del plan en la mayoría de los consultorios médicos del plan (consulte el Directorio de farmacias de Kaiser Permanente para ver las ubicaciones de las farmacias).

Directorio de proveedores

En el Directorio de Proveedores encontrará nuestros Proveedores del Plan. Su Directorio está sujeto a cambios y actualizaciones periódicos. Si no tiene nuestro Directorio de proveedores, puede conseguir una copia si llama a Servicio a los Miembros o visita nuestro sitio web kp.org/directory (cambie el idioma a español).

Directorio de Farmacias

El Directorio de Farmacias de Kaiser Permanente contiene las ubicaciones de las Farmacias del Plan, que también se llaman “Farmacias de la Red”. El Directorio de Farmacias proporciona información adicional sobre cómo obtener medicamentos recetados. Su Directorio está sujeto a cambios y actualizaciones periódicos. Si no tiene el Directorio de farmacias de Kaiser Permanente, puede conseguir una copia si llama a Servicio a los Miembros o visita nuestro sitio web kp.org/directory (cambie el idioma a español).

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Servicios de Emergencia

Si tiene un problema médico de emergencia, llame al 911 (donde esté disponible) o acuda al Departamento de Emergencias más cercano. No necesita autorización previa para recibir servicios de emergencia. Cuando tiene un problema médico de emergencia, cubrimos los servicios de emergencia que recibe de todos los proveedores (sean o no del plan) en todas partes del mundo.

Los Servicios de Emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los Hospitales del Plan las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Atención de posestabilización

La Atención de Posestabilización son Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico relacionados con su Condición Médica de Emergencia que recibe en un hospital (incluido el Departamento de Emergencias) después de que el médico tratante determina que su condición se Estabilizó.

Para solicitar autorización previa, el Proveedor Fuera del Plan debe llamar al **1-800-225-8883** o al número de teléfono para notificación que se encuentra en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente *antes* de que usted reciba la atención. Analizaremos su afección con el proveedor fuera del plan. Si decidimos que necesita atención de posestabilización y que esta forma parte de sus beneficios cubiertos, autorizaremos la atención por parte del proveedor fuera del plan o haremos los arreglos necesarios para que la reciba a través de un proveedor del plan (u otro proveedor designado) si el médico tratante está de acuerdo. Si decidimos que un Hospital del Plan, un Centro de Enfermería Especializada del Plan o un Proveedor Fuera del Plan designado proporcionen los cuidados, es posible que autoricemos servicios especiales de transporte que sean necesarios desde el punto de vista médico para transportarlo hasta el proveedor. Esto puede incluir transporte que normalmente no se cubriría.

Asegúrese de pedirle al proveedor que no pertenece al plan que le diga cuál atención (incluido cualquier transporte) hemos autorizado, ya que no cubriremos la atención de posestabilización que no se haya autorizado ni el transporte relacionado con dicha atención proporcionada por proveedores que no pertenecen al plan. Si recibe atención de un proveedor fuera del plan que no hemos autorizado, deberá pagar el costo total de la atención si el proveedor fuera del plan o nosotros le informamos acerca de su posible responsabilidad.

Su Costo Compartido

Su Costo Compartido para Servicios de Emergencia y Atención de Posestabilización cubiertos se describe en la sección "Beneficios y su Costo Compartido". Su costo compartido es el mismo si recibe servicios de un

proveedor del plan o de uno fuera del plan. Por ejemplo:

- Si recibe Servicios de emergencia en el Departamento de Emergencias de un hospital fuera del plan, usted paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, como se describe en "Atención para pacientes ambulatorios".
- Si autorizamos previamente la atención de posestabilización como paciente interno en un hospital que no pertenece al plan, usted debe pagar el Costo Compartido de la atención como paciente interno del hospital, como se describe en el punto "Atención para pacientes internos".

Atención de urgencia

Dentro del Área de Servicio de su Región Base

Una necesidad de Atención de urgencia requiere atención médica inmediata, pero no es una Afección médica de emergencia. Si considera que necesita Atención de Urgencia, llame al número de teléfono para citas o consejos en un Centro de Atención del Plan. Para obtener números de teléfono para consejos y citas, consulte nuestro directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

En caso de presentarse alguna circunstancia inusual que retrase o haga inviable la prestación de un Servicio según esta *EOC* (como grandes desastres, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil), cubrimos la Atención de Urgencia dentro del Área de Servicio que le administre un Proveedor Fuera del Plan.

Atención de urgencia fuera del área

Si necesita atención de urgencia debido a una enfermedad o lesión imprevistas, cubriremos los servicios de un proveedor fuera del plan necesarios desde el punto de vista médico para evitar un deterioro grave de su salud si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted recibe los servicios de proveedores fuera del plan cuando esté temporalmente fuera de nuestra área de servicio.
- Una persona sensata habría creído que su salud podría haberse deteriorado gravemente si se retrasaba el tratamiento hasta regresar a nuestra área de servicio.

No necesita autorización previa para la atención de urgencia fuera del área. Cubrimos la Atención de Urgencia Fuera del Área que reciba de Proveedores Fuera del Plan si los Servicios hubieran estado cubiertos según esta *EOC* en caso de haberlos recibido de Proveedores del Plan.

No ofrecemos cobertura de atención de seguimiento de Proveedores fuera del plan una vez que usted ya no necesite Atención de urgencia. Para obtener atención de seguimiento de un proveedor del plan, llame al número de teléfono de citas o asesoría que se muestra en un centro del plan. Para obtener números de teléfono, consulte nuestro Directorio de proveedores o llame a Servicio a los Miembros.

Su Costo Compartido

Su Costo compartido por la Atención de urgencia cubierta es el Costo compartido requerido para los Servicios proporcionados por los Proveedores del plan, como se describe en esta *EOC*. Por ejemplo:

- Si recibe una evaluación de Atención de Urgencia como parte de la Atención de Urgencia fuera del área de un proveedor fuera del plan, usted paga el Costo Compartido para consultas, evaluaciones y tratamientos de Atención de Urgencia como se describe en “Atención a pacientes ambulatorios”.
- Si la Atención de Urgencia fuera del área que recibe incluye radiografías, usted paga el Costo Compartido de las radiografías, como se describe en “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”, además del Costo Compartido de la evaluación de Atención de Urgencia.

Nota: Si recibe Atención de Urgencia en un Departamento de Emergencias, paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, como se describe en “Atención para pacientes ambulatorios”.

Pagos y reembolsos

Si recibe servicios de emergencia, atención de posestabilización o Atención de Urgencia de un proveedor fuera del plan según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”, o Servicios de ambulancia de emergencia descritos en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”, pida al proveedor fuera del plan que presente un reclamo ante nosotros en un plazo de 60 días o lo antes posible, pero antes de que hayan pasado 15 meses después de haber recibido la atención (o, en algunos casos, en un plazo de hasta 27 meses de acuerdo con las normas de Medicare). Si el proveedor se niega a facturarnos, envíenos la factura sin pagar junto con un formulario de reclamo. Además, es posible que se le pida que pague los Servicios y que presente un reclamo si recibe Servicios de un proveedor del plan que le ordene un proveedor fuera del plan como parte de los servicios de emergencia, la atención de posestabilización y la Atención de Urgencia cubiertos (por ejemplo, medicamentos). Para solicitar el pago o reembolso, debe presentar un reclamo según se describe de la sección “Solicitudes de Pago”.

Descontaremos del pago que le corresponde a usted o al Proveedor fuera del plan el Costo compartido correspondiente. También, en conformidad con la ley correspondiente, descontaremos de nuestro pago cualquier monto abonado o pagadero (o que habría sido pagadero sin este plan) por los Servicios cubiertos por cualquier póliza de seguro, o cualquier otro contrato o cobertura, o cualquier programa del gobierno, excepto Medicaid.

Beneficios y su Costo Compartido

Esta sección describe los Servicios que están cubiertos en esta *EOC*.

Los Servicios están cubiertos según esta *EOC*, tal como se encuentran descritos en esta *EOC*. Los servicios que no están descritos específicamente en esta *EOC* no están cubiertos, excepto lo requerido por la ley federal. Los servicios están sujetos a exclusiones y limitaciones descritas en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”. Excepto que se indique lo contrario en esta *EOC*, todas las siguientes condiciones deberán cumplirse:

- Usted es Miembro en la fecha en la que recibe los Servicios.
- Los Servicios son necesarios desde el punto de vista médico.
- Los Servicios son uno de los siguientes:
 - ◆ Servicios preventivos;
 - ◆ artículos y servicios de atención médica para diagnóstico, evaluación o tratamiento;
 - ◆ educación para la salud cubierta bajo el título “Educación para la salud” en esta sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
 - ◆ otros artículos y servicios para la atención médica;
 - ◆ otros servicios para tratar Trastornos Emocionales Graves de un Menor de 18 Años o Enfermedades Mentales Graves.
- Los Servicios son proporcionados, recetados, autorizados o indicados por un médico del Plan, a excepción de lo siguiente:
 - ◆ servicios cubiertos recibidos fuera del área de servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo recibir atención fuera del área de servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo obtener servicios”;
 - ◆ medicamentos recetados por dentistas, según se describe en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
 - ◆ servicios de ambulancia de emergencia, como se describe en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
 - ◆ servicios de emergencia, Atención de posestabilización y Atención de Urgencia fuera del área, tal como se describen en la sección “Servicios de emergencia y Atención de Urgencia”;
 - ◆ anteojos y lentes de contacto que han recetado proveedores fuera del plan, según se describe en “Servicios para la vista” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
 - ◆ atención de diálisis fuera del área, como se describe en “Atención de Diálisis” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;

- ◆ servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare, como se describe en “Servicios Asociados con Ensayos Clínicos” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.
- Usted recibe los Servicios por parte de proveedores del plan dentro del área de servicio, a excepción de lo siguiente:
 - ◆ referencias autorizadas, como se describe en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”;
 - ◆ servicios cubiertos recibidos fuera del área de servicio de su Región Base, tal como se describe en “Cómo recibir atención fuera del área de servicio de su Región Base”, en la sección “Cómo obtener servicios”;
 - ◆ servicios de ambulancia de emergencia, como se describe en “Servicios de Ambulancia” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
 - ◆ servicios de emergencia, Atención de posestabilización y Atención de Urgencia fuera del área, tal como se describen en la sección “Servicios de emergencia y Atención de Urgencia”;
 - ◆ atención de diálisis fuera del área, como se describe en “Atención de Diálisis” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”;
 - ◆ medicamentos recetados de farmacias fuera del plan según se describe en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”
 - ◆ servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare, como se describe en “Servicios Asociados con Ensayos Clínicos” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.
- El grupo médico proporcionó una autorización previa para los Servicios, en caso de que se requiera, de acuerdo con “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” en la sección “Cómo obtener servicios”.

También consulte los siguientes recursos:

- La sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” para obtener información sobre cómo acceder a los servicios de emergencia, la atención de posestabilización y la Atención de Urgencia fuera del área cubiertos.
- Nuestro Directorio de proveedores para conocer los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro de atención del plan, porque algunos centros solo ofrecen tipos específicos de Servicios cubiertos.

Su Costo Compartido

Su costo compartido es el monto que usted debe pagar por los servicios cubiertos. El Costo compartido por los

Servicios cubiertos se menciona en esta *EOC*. Por ejemplo, es posible que su costo compartido sea un copago o un coseguro. Si su cobertura incluye un deducible del plan y usted recibe Servicios que están sujetos al deducible del plan, su Costo Compartido para esos Servicios será un cargo hasta que alcance el deducible del plan.

Reglas generales, ejemplos y excepciones

Su Costo Compartido por los Servicios cubiertos será el que esté vigente en la fecha en la que reciba los servicios, excepto lo siguiente:

- Si recibe Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados el día en el que entre en vigencia esta *Evidencia de Cobertura*, usted pagará el Costo Compartido vigente en su fecha de hospitalización hasta que le den el alta hospitalaria si los Servicios estaban cubiertos conforme a la evidencia de cobertura de su plan de salud anterior y no existió ninguna interrupción en la cobertura. Sin embargo, si los Servicios no estaban cubiertos por la evidencia de cobertura de su Plan de Salud anterior, o si la cobertura se detuvo momentáneamente, usted cubre el Costo Compartido vigente en la fecha en que reciba los Servicios.
- Para los productos que solicite por anticipado, usted cubre el costo compartido vigente el día de la orden (aunque no cubriremos el artículo a menos que usted todavía tenga cobertura en la fecha de entrega) y es posible que deba cubrir el costo compartido cuando ordene el artículo. Para los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, la fecha de orden es la fecha en que la farmacia procesa la orden después de recibir toda la información que necesitan para surtir la receta médica.

Pago considerado para su Costo Compartido (y cuándo se le puede facturar)

En la mayoría de los casos, su proveedor le solicitará que haga un pago por el costo compartido en el momento en que reciba los servicios. Si recibe más de un tipo de Servicios (como tratamiento de atención primaria y análisis de laboratorio), es posible que se le pida que pague un Costo Compartido por cada uno de esos Servicios. Tenga en cuenta que es posible que este pago cubra solo una parte del Costo Compartido total por los Servicios que reciba, y recibirá una factura por cualquier cantidad adicional que deba pagar. Los siguientes son ejemplos de cuándo se le puede pedir que pague (o se le puede facturar) el Costo compartido, además del monto que paga cuando se registra:

- Usted recibe servicios no preventivos durante una consulta preventiva. Por ejemplo, si viene a hacerse un examen físico de rutina, al registrarse le pediremos que pague el Costo Compartido que corresponda al examen preventivo (el Costo Compartido puede ser “sin cargo”). Sin embargo, durante el examen preventivo su proveedor encuentra un problema de salud y ordena servicios no preventivos para diagnosticarlo (como pruebas de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo compartido de estos Servicios diagnósticos adicionales no preventivos.

- Usted recibe Servicios diagnósticos durante una visita de tratamiento. Por ejemplo, ingresa para el tratamiento de una afección médica existente y, cuando se registra, paga el Costo compartido de una visita de tratamiento. Sin embargo, durante la visita, su proveedor descubre un nuevo problema de salud y le hace u ordena Servicios de diagnóstico (p. ej., análisis de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo compartido de estos Servicios diagnósticos adicionales.
- Usted recibe servicios de tratamiento durante una visita de diagnóstico. Por ejemplo, acude para hacerse un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico su proveedor confirma un problema de salud y proporciona Servicios de tratamiento (como un procedimiento ambulatorio). Se le puede pedir que pague (o se le facturará) el Costo compartido de estos Servicios de tratamiento adicionales.
- Recibe servicios de un segundo proveedor durante su visita. Por ejemplo, acude para hacerse un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico su proveedor solicita una consulta con un especialista. Se le puede pedir que pague (o se le facturará) el Costo compartido de la consulta con el especialista.

En algunos casos, su proveedor no le pedirá que pague en el momento de recibir los Servicios y se le facturará para su Costo Compartido (por ejemplo, algunos Departamentos de Laboratorio no pueden cobrar el Costo Compartido).

Cuando le enviemos una factura, incluirá una lista de los Cargos por los Servicios que haya recibido, los pagos y los créditos que correspondan a su cuenta, y cualquier cantidad que deba. Es posible que su factura actual no siempre refleje sus Cargos y pagos más recientes. Los Cargos y pagos que no figuren en la factura actual se verán reflejados en una de sus siguientes facturas. Es posible también que a veces vea un pago, pero no los Cargos relacionados para un Servicio. Esto podría deberse a que su pago se registró antes de que se procesaran los Cargos por los Servicios. Si esto ocurre, los Cargos aparecerán más adelante en otra factura. Además, podría recibir más de una factura por una visita que haya hecho como paciente ambulatorio o por una hospitalización. Por ejemplo, podría recibir una factura por servicios médicos y otra factura por servicios hospitalarios. Si no ve todos los Cargos de los Servicios en una factura, aparecerán en una factura posterior. Si determinamos que pagó de más y que le corresponde un reembolso, se lo enviaremos en un plazo de cuatro semanas después de haber llegado a esa determinación. Si tiene preguntas sobre una factura, llame al número de teléfono que aparece en la factura.

En algunos casos, es posible que un proveedor fuera del plan esté involucrado en la prestación de los Servicios cubiertos en un centro de atención del plan o en un centro de atención contratado en donde hayamos

autorizado que reciba atención. Usted no es responsable de ningún monto que exceda su Costo compartido por los Servicios cubiertos que reciba en los Centros de Atención del plan o en los centros de atención contratados en donde hayamos autorizado que reciba atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta cobramos a nosotros, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección “Solicitudes de Pago”.

Visitas de atención médica primaria, visitas a especialistas no médicos y visitas a especialistas médicos. El Costo Compartido por las Visitas de Atención Primaria se aplica a evaluaciones y tratamientos con médicos generalistas de medicina interna, pediatría o medicina familiar, y con especialistas en obstetricia/ginecología que el Grupo Médico designe como Médicos de Atención Primaria. Algunos especialistas médicos proporcionan atención primaria además de la atención especializada, pero no son designados como Médicos de Cabecera. Si recibe Servicios de uno de estos especialistas, el Costo Compartido de la visita a un médico especialista se aplicará a todas las consultas, evaluaciones y tratamientos proporcionados por el especialista, excepto en los casos de exámenes y asesoramiento preventivos de rutina descritos en “Servicios preventivos” de esta sección “Beneficios y su Costo Compartido”. Por ejemplo, si su médico del plan es un especialista en medicina interna o en obstetricia o ginecología y no es un médico de atención primaria, usted pagará el Costo Compartido de una visita a un especialista médico para todas las consultas, evaluaciones y tratamientos a cargo del especialista, excepto en los casos de exámenes y asesoramiento preventivos de rutina descritos en “Servicios Preventivos” de esta sección “Beneficios y sus Costos Compartidos”. El Costo compartido por las visitas a un especialista no médico se aplica a las consultas, evaluaciones y tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como enfermeros practicantes, ayudantes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Servicios sin cobertura. Si usted recibe Servicios que no están cubiertos por esta EOC, es posible que tenga que pagar el costo total de esos Servicios. Los pagos por estos Servicios sin cobertura no se tienen en cuenta para el deducible ni para los gastos máximos de bolsillo.

Cómo obtener una estimación de su Costo Compartido

Si tiene preguntas sobre el Costo Compartido de Servicios específicos que espera recibir o que su proveedor pida durante una consulta o un procedimiento, visite nuestro sitio web en kp.org para usar nuestra herramienta de cálculo de costos o llame a Servicio a los Miembros.

- Si tiene un deducible del plan y le gustaría obtener un cálculo estimativo para los Servicios sujetos al deducible del plan, por favor llame al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de lunes a viernes de 6 a. m. a 5 p. m.

- Para obtener otros cálculos de Costos Compartidos, por favor llame al **1-800-443-0815**, de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **711**).

Los cálculos estimativos del Costo compartido se basan en sus beneficios y en los servicios que espera recibir. Son una proyección del costo y no representan una garantía del costo final de los servicios. Es posible que su costo final sea mayor o menor que el estimado ya que no puede saberse con anticipación todo lo relacionado con su atención.

Copagos y Coseguro

En esta *EOC* se describe el Copago o el Coseguro que debe pagar por cada Servicio cubierto, una vez que haya cubierto todo el deducible aplicable.

Importante: Si los cargos por los Servicios son inferiores que los Copagos o Coseguros descritos en esta *Evidencia de Cobertura*, pagará el monto que sea menor.

Gasto máximo de bolsillo del Plan

Según se establece en esta *EOC*, corresponde un límite para la cantidad total de Costo Compartido que debe pagar en el año calendario por los Servicios cubiertos que usted reciba durante el mismo año calendario. Los Servicios que se aplican al Gasto Máximo de Bolsillo del Plan se describen en la sección “Pagos que cuentan para alcanzar el Gasto Máximo de Bolsillo del Plan” que aparece a continuación. El límite es:

- **\$1,000** por año calendario para cualquier Miembro.

Para los Servicios sujetos al gasto máximo de bolsillo del plan, no pagará ningún otro Costo Compartido durante el resto del año calendario, pero el resto de los miembros de su familia deberán seguir pagando el Costo Compartido durante el resto del año calendario, hasta que cada uno de ellos alcance la cantidad máxima de **\$1,000**.

Pagos que cuentan para alcanzar el gasto máximo de bolsillo del plan. Cualquier monto que pague por los siguientes Servicios se aplica al Gasto Máximo de Bolsillo:

- Servicios de Medicare Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red;
- medicamentos de Medicare Parte B (todos los demás medicamentos no aplican);
- Servicios del programa de tratamiento residencial cubiertos en las secciones “Tratamiento para el trastorno por abuso de sustancias” y “Servicios de salud mental”.

Los Copagos y el Coseguro que paga por los Servicios que no se mencionaron anteriormente no se aplican al gasto máximo de bolsillo. Para estos Servicios, debe pagar los Copagos o el Coseguro incluso si ya alcanzó su gasto máximo de bolsillo. Además:

- Si su plan incluye servicios de acupuntura o quiroprácticos suplementarios, descritos en la enmienda de esta *Evidencia de Cobertura*, estos servicios no se aplican hacia el máximo.
- Si su plan incluye una Asignación para Servicios específicos (como anteojos, lentes de contacto o audífonos), cualquier cantidad que pague que supere la Asignación no cuenta para alcanzar el monto máximo.

Atención a pacientes ambulatorios

Cubrimos la siguiente atención para pacientes ambulatorios, la cual está sujeta al Costo Compartido indicado:

Visitas al consultorio médico

- Visitas al médico de atención primaria y a especialistas no médicos que no se describen en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*: **un copago de \$20 por consulta.**
- Visitas a especialistas médicos que no se describen en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*: **un copago de \$20 por consulta.**
- Visitas como paciente ambulatorio que están disponibles como citas grupales, que no se describen en ninguna otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*: **un copago de \$10 por consulta.**
- Consultas a domicilio con un médico del plan (o un enfermero con licencia que sea proveedor del plan) dentro de nuestra área de servicio, cuando el médico del plan determina que acudir a su hogar es la mejor manera de brindarle la atención que necesita:
 - ♦ Consultas de atención médica primaria y consultas con especialistas que no sean médicos: **un copago de \$20 por consulta.**
 - ♦ Consultas con especialistas médicos: **un copago de \$20 por consulta.**
- Exámenes físicos de rutina que son atención preventiva apropiada desde el punto de vista médico de acuerdo con las normas profesionales de atención generalmente aceptadas: **sin cargo.**
- Consultas sobre planificación familiar o anticonceptivos implantados con mecanismo de liberación prolongada o dispositivos intrauterinos y visitas al consultorio relacionadas con su administración y manejo: **un copago de \$20 por consulta.**
- Después de una confirmación del embarazo, la serie normal de exámenes preventivos de atención prenatal regularmente programados y los primeros examen y consulta de seguimiento de posparto: **un copago de \$15 por consulta.**
- Interrupción voluntaria del embarazo y Servicios relacionados: **sin cargo.**
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla de acuerdo con las pautas de Medicare: **un copago de \$20 por consulta.**

- Fisioterapia individual y grupal recetada por un Proveedor del plan para evitar caídas: **sin cargo**.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla recibida a través de un programa organizado de rehabilitación multidisciplinaria de tratamiento diurno de acuerdo con las pautas de Medicare: **un copago de \$20 por día**.
- La manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación, de acuerdo con las pautas de Medicare, está cubierta cuando la lleva a cabo un proveedor del plan o si este lo refiere a un quiropráctico: **un copago de \$20 por consulta**. (Para obtener la lista de los proveedores de Planes de Especialidades Americanas de Salud participantes, consulte el Directorio de proveedores).

Servicios de acupuntura

- Acupuntura para el dolor crónico de la parte baja de la espalda: Se cubren hasta 12 consultas en 90 días, según las recomendaciones de Medicare: **un copago de \$20 por consulta**. El dolor crónico de la parte baja de la espalda se define de la siguiente manera:
 - ◆ Dura 12 semanas o más.
 - ◆ no específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado a una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.);
 - ◆ no está asociado a una cirugía ni al embarazo.
- Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejora. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año. El tratamiento debe suspenderse si el paciente no mejora o si presenta regresión.
- Servicios de acupuntura no cubiertos por Medicare (por lo general, se proporcionan solo para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor para tratar el dolor crónico): **un copago de \$20 por consulta**.

Servicios de emergencia y Atención de Urgencia

- Consultas, evaluaciones y tratamientos de Atención de urgencia: **un copago de \$20 por consulta**.
- Consultas al Departamento de Emergencias: **un copago de \$50 por consulta**.

Si ingresa desde el Departamento de Emergencias. Si lo admiten al hospital como paciente hospitalizado para recibir Servicios cubiertos (ya sea en un plazo de 24 horas por la misma condición o después de una hospitalización para observación), los Servicios que usted reciba en el Departamento de Emergencias y durante su hospitalización para observación, si corresponde, se considerarán parte de su hospitalización. Para conocer el Costo Compartido por atención a pacientes hospitalizados, consulte “Servicios para pacientes hospitalizados” en esta sección de “Beneficios y su Costo Compartido”. Sin embargo, el costo compartido del Departamento de Emergencias sí corresponde si usted ingresa en observación pero no como paciente hospitalizado.

Cirugías y procedimientos para pacientes ambulatorios

- Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios si se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o quirófano de un hospital (o en cualquier otro lugar) si un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para aliviar el dolor y minimizar el malestar: **un copago de \$20 por procedimiento**.
- Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe en el texto anterior: **un copago de \$20 por procedimiento**.
- Cualquier otro procedimiento ambulatorio que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba: **el Costo Compartido que se aplicaría para el procedimiento** según la sección “Beneficios y su Costo Compartido” (por ejemplo, los procedimientos radiológicos que no requieren que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba, tienen cobertura de acuerdo con la cláusula “Diagnóstico por Imágenes, Análisis de Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Visitas pre y posoperatorias:
 - ◆ Consultas de atención médica primaria y consultas con especialistas que no sean médicos: **un copago de \$20 por consulta**.
 - ◆ Consultas con especialistas médicos: **un copago de \$20 por consulta**.

Medicamentos y productos administrados

Los medicamentos y productos administrados son medicamentos y productos que requieren administración y observación por parte del personal médico. Cubrimos estos artículos cuando los receta un proveedor del plan de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y se administran en un centro de atención del plan o durante las visitas a domicilio.

Cubrimos los siguientes Servicios y su administración en un Centro de Atención del Plan con el Costo Compartido que se indica:

- Sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas: **sin cargo**.
- Antígenos para alergias (incluida la administración): **un copago de \$3 por consulta**.
- Medicamentos y complementos para quimioterapia: **sin cargo**.
- Medicamentos y productos administrados por terapia o inyección intravenosa que no sean para quimioterapia contra el cáncer, incluidos los productos del factor sanguíneo y productos biológicos derivados del tejido, las células o la sangre: **sin cargo**.

- Pruebas cutáneas de tuberculosis: **sin cargo**.
- Todos los demás medicamentos y productos administrados: **sin cargo**.

Cubrimos medicamentos y productos que le administramos durante una visita en su hogar **sin cargo**.

Ciertos medicamentos administrados son servicios preventivos. Consulte “Servicios Preventivos” para obtener información sobre las vacunas.

Nota: Las vacunas con cobertura de Medicare Parte D no están cubiertas en la sección “Atención a pacientes ambulatorios” (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”).

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Cirugía bariátrica
- Servicios dentales
- Atención para Diálisis
- Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar
- Servicios de fertilidad
- Educación para la salud
- Servicios para la audición
- Atención de salud domiciliaria
- Cuidados paliativos domiciliarios
- Servicios de salud mental
- Suministros para ostomías, urología y cuidado especializado de heridas
- Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios
- Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios
- Servicios preventivos
- Aparatos protésicos y ortésicos
- Cirugía reconstructiva
- Servicios asociados con ensayos clínicos
- Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios de Trasplante
- Servicios de transporte
- Servicios para la vista

Servicios para pacientes hospitalizados

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios a pacientes hospitalizados en un hospital del plan, cuando los Servicios son provistos de manera general

y habitual en hospitales generales para atención de problemas médicos agudos en nuestra área de servicio:

- Habitación y alimentación, incluida una habitación privada si es necesaria desde el punto de vista médico.
- Atención especializada y unidades de cuidados críticos.
- Atención general y especializada de enfermería.
- Quirófanos y salas de recuperación.
- Servicios por parte de médicos del plan, incluidas las consultas y el tratamiento por parte de especialistas.
- Anestesia.
- Medicamentos recetados según nuestras pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles (para ver información sobre los medicamentos que se recetan cuando recibe el alta del hospital, consulte el título “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”)
- Materiales radioactivos usados para fines terapéuticos.
- Equipo y suministros médicos duraderos.
- imágenes diagnósticas, análisis de laboratorio y otros servicios diagnósticos y tratamientos, incluidas las resonancias magnéticas, tomografías computarizadas y tomografías por emisión de positrones
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración.
- atención de obstetricia y partos (incluidas las cesáreas). Importante: Si recibe el alta dentro de las 48 horas posteriores al parto (o 96 horas si es por cesárea), el médico del plan puede indicar una visita de seguimiento para usted y el recién nacido a realizarse en el plazo de 48 horas después del alta (consulte la información sobre visitas posteriores al alta hospitalaria en “Atención para pacientes ambulatorios” en esta sección “Beneficios y su Costo Compartido”).
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria) de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos y planificación del alta hospitalaria.

Su Costo Compartido. Cubrimos Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados **sin cargo**.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Procedimientos quirúrgicos bariátricos (consulte “Cirugía bariátrica”).
- Procedimientos dentales (consulte “Servicios dentales”).
- Atención de diálisis (consulte “Atención de diálisis”).

- Servicios de fertilidad relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, inseminación artificial o tecnología de reproducción asistida (consulte “Servicios de fertilidad”).
- Cuidados paliativos (consulte “Cuidados paliativos”).
- Servicios de salud mental (consulte “Servicios de salud mental”).
- Aparatos protésicos y ortésicos (consulte “Aparatos protésicos y ortésicos”).
- Servicios de cirugía reconstructiva (consulte “Cirugía reconstructiva”).
- Servicios de instituciones religiosas no médicas de cuidado de la salud (consulte “Institución religiosa no médica de cuidado de la salud”).
- Servicios relacionados con un ensayo clínico (consulte “Servicios Relacionados con un Ensayo Clínico”).
- Servicios especializados para pacientes hospitalizados en un centro de enfermería especializada del plan (consulte “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”).
- Servicios de tratamiento para trastorno por abuso de sustancias (consulte “Trastorno por Abuso de Sustancias”).
- Servicios de trasplante (consulte “Servicios de Trasplante”).

Servicios de ambulancia

Emergencias

Cubrimos los servicios de ambulancias autorizadas en todo el mundo sin autorización previa (incluido el traslado por medio del sistema de respuesta de emergencia del 911, donde se encuentre disponible) en las siguientes situaciones:

- Creyó razonablemente que la afección médica era un problema médico de emergencia que requería Servicios de ambulancia.
- Su médico tratante determina que debe ser trasladado a otro centro de atención porque su problema médico de emergencia no puede estabilizarse y la atención que necesita no está disponible en el lugar de tratamiento.

Si recibe Servicios de ambulancia de emergencia que no haya solicitado un Proveedor del Plan, usted no es responsable de las cantidades fuera de su Costo Compartido para los servicios de ambulancia de emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta cobrarnos a nosotros, es posible que usted deba pagar los servicios y presentar un reclamo de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar un reclamo, consulte la sección “Solicitudes de Pago”.

Servicios que no son de emergencia

Dentro de nuestra Área de Servicio, cubrimos los Servicios de ambulancia que no sean de emergencia de acuerdo con las pautas de Medicare si un Médico del Plan determina que el problema requiere del Servicio que solo una ambulancia autorizada puede

proporcionar, y que el uso de otros medios de transporte podría poner en riesgo su salud. Estos Servicios solo están cubiertos cuando el vehículo lo transporta hacia centros que reúnen los requisitos y de regreso, según se definen en las pautas de Medicare.

Su Costo Compartido

Para recibir los Servicios cubiertos de ambulancia, debe pagar lo siguiente:

- Servicios de ambulancia de emergencia: sin cargo.
- Servicios que no son de emergencia: **sin cargo**.

Exclusiones en los Servicios de ambulancia

- Traslado en automóvil, taxi, autobús, camioneta equipada para el transporte en camilla o silla de ruedas, y cualquier otro medio de transporte (excepto una ambulancia autorizada), aunque sea el único medio de transporte para visitar a un proveedor del plan, excepto si está cubierto específicamente en “Servicios de transporte” en esta sección.

Cirugía bariátrica

Cubrimos los Servicios de pacientes hospitalizados que esté relacionada con los procedimientos quirúrgicos bariátricos (entre los que se incluyen habitación y alimentación, imágenes diagnósticas, análisis de laboratorio, otros Servicios para diagnóstico y tratamiento y Servicios del médico del plan) cuando se realizan para tratar la obesidad por modificación del tracto gastrointestinal para reducir la ingesta y la absorción de nutrientes, si se cumplen todos los requisitos mencionados a continuación:

- Usted completa el programa educativo de preparación prequirúrgico aprobado por el grupo médico con respecto a los cambios de estilo de vida necesarios para el éxito a largo plazo de la cirugía bariátrica.
- Un médico del plan especialista en atención bariátrica determina que la cirugía es necesaria desde el punto de vista médico.

Su Costo Compartido. Por los servicios cubiertos relacionados con los procedimientos quirúrgicos bariátricos que reciba, deberá pagar el **Costo compartido que pagaría si los servicios no estuviesen asociados con un procedimiento quirúrgico bariátrico**. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica para los servicios a pacientes hospitalizados, consulte “Servicios a pacientes hospitalizados” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención a Pacientes Ambulatorios”).

Servicios dentales

Servicios dentales para radioterapia

Cubrimos los servicios de acuerdo con las pautas de Medicare, entre ellos, exámenes dentales, radiografías, tratamientos con fluoruro y extracciones necesarias para preparar la mandíbula para radioterapia contra el cáncer de cabeza o cuello, si un médico del plan presta los Servicios o si el grupo médico autoriza una referencia para consultar a un dentista para estos servicios (según se describe en “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” en “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”).

Servicios dentales para trasplantes

Ofrecemos cobertura para servicios dentales que son necesarios desde el punto de vista médico para eliminar infecciones de la boca para prepararse para un trasplante y que estén cubiertos bajo “Servicios de Trasplante” en esta sección de “Beneficios y su Costo Compartido”, si un médico del plan proporciona los Servicios o si el grupo médico autoriza una referencia para consultar a un dentista para dichos Servicios (como se describe en “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” en “Cómo obtener una referencia” de la sección “Cómo obtener Servicios”).

Anestesia dental

Para los procedimientos dentales que se realizan en un Centro de Atención del Plan, ofrecemos anestesia general y los Servicios del centro de atención asociados con la anestesia si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Tiene menos de siete años, tiene una discapacidad del desarrollo o su salud se ve comprometida.
- Debido su estado de salud o afección médica subyacente, el procedimiento dental debe realizarse en un hospital o centro de cirugía ambulatoria.
- En circunstancias normales, el procedimiento dental no requeriría el uso de anestesia general.

No cubrimos ningún otro Servicio relacionado con el procedimiento dental, como los Servicios del dentista, a menos que el Servicio tenga cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare o para servicios de trasplante.

Su Costo Compartido

Usted paga los siguientes Servicios dentales cubiertos conforme a la sección “Servicios dentales”:

- Consultas a especialistas no médicos con dentistas para servicios cubiertos según esta sección “Servicios dentales”: **un copago de \$20 por consulta.**
- Consultas a especialistas médicos para servicios cubiertos según esta sección “Servicios dentales”: **un copago de \$20 por consulta.**
- Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios si se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o quirófano de un hospital (o en cualquier otro lugar) si un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para aliviar el dolor y minimizar el malestar: **un copago de \$20 por procedimiento.**

- Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe en el texto anterior: **un copago de \$20 por procedimiento.**
- Cualquier otro procedimiento ambulatorio que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba: **el Costo Compartido que se aplicaría para el procedimiento** según la sección “Beneficios y su Costo Compartido” (por ejemplo, los procedimientos radiológicos que no requieren que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba, tienen cobertura de acuerdo con la cláusula “Diagnóstico por Imágenes, Análisis de Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Servicios para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, medicamentos, imágenes diagnósticas, análisis de laboratorio, otros Servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios de médicos del plan): **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Servicios dentales” (consulte “Atención a pacientes ambulatorios”).
- Servicios de imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

Atención para diálisis

Ofrecemos cobertura para Servicios de diálisis para problemas agudos y crónicos si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Usted cumple todos los criterios médicos del grupo médico.
- El centro está certificado por Medicare.
- Un médico del plan proporciona una referencia por escrito para su tratamiento de diálisis excepto para atención para diálisis fuera del área.

Además, cubrimos hemodiálisis y diálisis peritoneal en el hogar (incluidos los equipos, la capacitación y los suministros médicos). La cobertura se limita al equipo o los suministros estándares que satisfagan de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo y los suministros, y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo y los suministros médicos ya no tengan cobertura, deberá devolver los que no utilizó o pagar el precio justo del mercado.

Atención de diálisis fuera del área.

Cubrimos Servicios de diálisis (renal) que reciba en un centro de diálisis con certificación de Medicare mientras se encuentre temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio. Si es posible, antes de irse del área de servicio, infórmenos a dónde se dirige para que podamos ayudarlo a organizar los servicios de diálisis de mantenimiento mientras esté fuera de nuestra área de servicio.

El procedimiento para obtener reembolsos por la atención de diálisis fuera del área se describe en la sección “Solicitudes de pago”.

Su Costo Compartido. Usted debe pagar lo siguiente para recibir estos Servicios cubiertos para diálisis:

- Equipo y suministros para hemodiálisis y diálisis peritoneal en el hogar: **sin cargo.**
- Una consulta de rutina para pacientes ambulatorios al mes con el equipo interdisciplinario de nefrología para una consulta, un examen o un tratamiento: **sin cargo.**
- Tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal: **sin cargo.**
- Servicios para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, medicamentos, imágenes diagnósticas, análisis de laboratorio, y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios de médicos del plan): **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Equipo médico duradero para uso en el hogar (consulte “Equipo Médico Duradero [DME] para Uso en el Hogar”).
- Servicios para pacientes hospitalizados (consulte “Servicios para pacientes hospitalizados”).
- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Atención de diálisis” (consulte “Atención a pacientes ambulatorios”).
- Educación sobre la enfermedad renal (consulte “Educación para la salud”).
- Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención a Pacientes Ambulatorios”).
- Visitas de telesalud (consulte “Visitas de Telesalud”).

Exclusiones en la atención para diálisis

- Artículos, suministros y equipos para comodidad, conveniencia o lujo.
- Artículos no médicos, tales como generadores o accesorios que hagan portátil el equipo de diálisis en el hogar para viajar.

Equipo Médico Duradero (“DME”) para uso en el hogar

Reglas sobre la cobertura del DME

El DME para uso en el hogar es un artículo que cumple los siguientes criterios:

- El artículo está hecho para usarse de forma repetida.
- El artículo es principal y generalmente usado para servir a un propósito médico.
- El artículo normalmente no es útil para una persona que no tenga una enfermedad o lesión.
- El artículo es adecuado para su uso en el hogar (o en otro lugar usado como su hogar según lo define Medicare).
- Se espera que el artículo dure al menos 3 años.

Para que un artículo de DME esté cubierto, deben cumplirse los requisitos siguientes:

- Su *Evidencia de Cobertura* incluye cobertura para el artículo de EMD.
- Un médico del plan ha recetado el artículo de DME debido a su afección médica
- Se le aprobó el artículo por medio del proceso de autorización previa del plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para Determinadas Referencias” en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del área de servicio.

La cobertura está limitada al equipo estándar que se ajuste adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se renta o compra el equipo y seleccionamos al proveedor.

DME para la diabetes

Cubrimos los siguientes equipos y suministros para pruebas en diabéticos y otros dispositivos para la administración de insulina si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas sobre la cobertura del DME” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar”:

- monitores de glucosa para análisis de diabetes y sus suministros (tales como tiras reactivas para el monitor de glucosa, lancetas y dispositivos para lancetas);
- bombas de insulina y suministros para operar la bomba.

Su Costo compartido. Usted paga lo siguiente por el DME para diabetes cubierto (lo que incluye la reparación y el cambio del equipo cubierto):

- Monitores de glucosa para análisis de diabetes y sus suministros (tales como tiras reactivas para el monitor de glucosa, lancetas y dispositivos para lancetas): **sin cargo.**
- Bombas de insulina y suministros para operar la bomba: **sin cargo.**

DME básicos

Cubrimos los DME Básicos (incluidos la reparación y el cambio del equipo cubierto) si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas sobre la cobertura del DME” en la sección “Equipo Médico Duradero (“DME”) para Uso en el Hogar”. “Artículos Básicos de DME” incluye los siguientes artículos:

- monitores de glucosa para análisis de diabetes y sus suministros (tales como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas);
- estimulador óseo;
- bastones (estándar o de cuatro apoyos) y los suministros de reemplazo;
- tracción cervical (para ser instalada sobre la puerta);
- muletas (estándar o de antebrazo) y los suministros de reemplazo;
- almohadilla de presión seca para colchón;
- bombas de infusión (como las bombas de insulina) y los suministros para operar la bomba;
- poste para vía intravenosa
- nebulizadores y suministros;
- mantas de fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos.

Su Costo Compartido. Deberá pagar lo siguiente para los artículos básicos del equipo médico duradero cubiertos: **sin cargo.**

Otro DME cubierto

Si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas sobre la cobertura del DME” en la sección “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, cubrimos los otros DME que se indican a continuación (incluidos la reparación y el cambio del equipo cubierto):

- accesorios para la extensión de la cama de hospital, si es necesario;
- protectores para el talón o el codo para evitar o minimizar el uso de equipos avanzados de alivio de presión.
- dispositivo de iontoforesis para tratar la hiperhidrosis cuando los antitranspirantes están contraindicados y la hiperhidrosis ha generado complicaciones médicas (por ejemplo, una infección cutánea) o impide la realización de actividades de la vida diaria;

- dispositivos de monitoreo continuo de la glucosa no terapéuticos y suministros relacionados.
- medidores de flujo máximo.
- bolsa de resucitación si el paciente con traqueostomía tiene problemas significativos de manejo de secreciones y que necesita una técnica de lavado y succión con ayuda de respiración profunda a través de la bolsa de resucitación.

Su Costo Compartido. Deberá pagar lo siguiente por otros artículos de DME cubiertos: **sin cargo.**

Fuera de nuestra Área de Servicio

No ofrecemos cobertura para la mayoría de los artículos de Equipo médico duradero para uso domiciliario fuera de nuestra Área de servicio. Sin embargo, si vive fuera de nuestra Área de Servicio, cubriremos los siguientes DME (sujetos a los Costos Compartidos y demás requisitos de cobertura que se aplican a los DME para uso en el hogar dentro de nuestra Área de Servicio) si el artículo se proporciona en un Centro del Plan:

- monitores de glucosa en la sangre para los análisis de sangre para la diabetes y sus suministros (como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas) de una farmacia del plan;
- bastones (mango curvo estándar);
- muletas (estándar);
- nebulizadores y sus suministros para el tratamiento del asma pediátrico;
- medidores de flujo máximo de una farmacia del plan.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Equipo y suministros de diálisis necesarios para la hemodiálisis y la diálisis peritoneal en el hogar (consulte “Atención para Diálisis”).
- Suministros para análisis de orina en diabéticos y dispositivos para la administración de insulina, excepto las bombas de insulina (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Equipo médico duradero relacionado con enfermedades terminales para Miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados paliativos”).
- Insulina y otros medicamentos administrados con una bomba de infusión (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).

Exclusiones del DME para uso en el hogar

- Elementos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo.
- Aparatos dentales.

- Artículos que no tienen la finalidad de mantener las actividades normales de la vida diaria, tal como equipo para ejercicios (incluidos los dispositivos que tienen la finalidad de proporcionar apoyo adicional para actividades recreativas o deportivas).
- Equipo para higiene.
- Artículos no médicos, tales como baños sauna o elevadores.
- Modificaciones en su auto o en su hogar, a menos que estén cubiertas de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Dispositivos para realizar análisis de sangre u otras sustancias del cuerpo (excepto los monitores de glucosa y suministros para la diabetes).
- Monitores electrónicos cardíacos o pulmonares, excepto los monitores de apnea infantil.
- Reparación o sustitución de equipos debido al uso indebido.

Servicios de fertilidad

“Servicios de Fertilidad” se refiere a tratamientos y procedimientos para ayudarle a quedar embarazada.

Antes de comenzar o continuar un tratamiento de Servicios de fertilidad, es posible que se le pida que pague un depósito inicial y depósitos subsiguientes que contribuirán al Costo compartido de una parte o la totalidad del tratamiento, sumado a cualquier otro Costo compartido relacionado con la fertilidad que esté pendiente de pago. Cualquier parte no usada de dicho depósito se le devolverá. Cuando no se requiera un depósito, deberá pagar el Costo Compartido del procedimiento, sumado a cualquier otro Costo Compartido relacionado con la fertilidad que esté pendiente de pago, antes de poder programar un procedimiento de fertilidad.

Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

Para los fines de la sección “Diagnóstico y Tratamiento de la Infertilidad”, “infertilidad” significa no poder quedar embarazada o no poder llevar un embarazo hasta el nacimiento del bebé vivo después de un año o más de tener relaciones sexuales habituales sin usar anticonceptivos, o tener un problema médico u otra afección demostrada reconocida por un Médico del Plan como causa de infertilidad. Ofrecemos cobertura de lo siguiente:

- servicios para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad;
- inseminación artificial.

Deberá pagar lo siguiente por los Servicios de infertilidad cubiertos:

- Visitas al consultorio médico: **un copago de \$20 por consulta.**
- La mayoría de las cirugías ambulatorias y de los procedimientos para pacientes ambulatorios si se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o quirófono de un hospital, o en cualquier otro lugar donde un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras usted recupera la

sensibilidad después de la administración de medicamentos para aliviar el dolor o minimizar el malestar. **un copago de \$20 por procedimiento.**

- Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe en el texto anterior: **un copago de \$20 por procedimiento.**
- Imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios: **sin cargo.**
- Análisis de laboratorio para pacientes externos: **sin cargo.**
- Medicamentos administrados a pacientes externos: **sin cargo.**
- Servicios para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, imágenes diagnósticas, análisis de laboratorio, y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios de médicos del plan): **sin cargo.**

Importante: Los medicamentos y los productos administrados son medicamentos y productos que requieren administración y observación por parte del personal médico. Cubrimos estos artículos cuando los receta un Proveedor del plan de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y se los administran en un Centro de atención del plan.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- Servicios de diagnóstico brindados por proveedores del plan que no son médicos, como electrocardiograma (ECG) y electroencefalogramas (EEG) (consulte “Imágenes diagnósticas, laboratorio y otros servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”).

Exclusiones en los Servicios de fertilidad

- Reversión de una esterilización quirúrgica realizada en un principio con fines de planificación familiar.
- Semen y óvulos (y servicios relacionados con su cuidado y almacenamiento).
- Servicios de tecnología de reproducción asistida, como los trasplantes de óvulos, la transferencia intratubárica de gametos (gamete intrafallopian transfer, GIFT), la fertilización in vitro (in vitro fertilization, IVF) y la transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian transfer, ZIFT)

Beneficio de acondicionamiento físico (One Pass™)

Se proporciona un beneficio de acondicionamiento físico a través del programa One Pass para ayudar a los miembros a tomar el control de su salud y a sentirse mejor. El programa One Pass incluye:

- Gimnasios centros de acondicionamiento físico: Recibe una membresía con acceso a una amplia variedad de

gimnasios dentro de la red a través de las redes Core y Premium. Los centros de acondicionamiento físico incluyen centros de acondicionamiento físico y estudios boutique nacionales, locales y comunitarios. Puede usar cualquier centro de la red y puede usar varios centros de acondicionamiento físico durante el mismo mes.

- Acondicionamiento físico en línea: Tiene acceso a clases digitales de acondicionamiento físico en vivo y a entrenamientos a pedido a través de la aplicación móvil o el sitio web para miembros de One Pass.
- Actividades sociales y de acondicionamiento físico: También tiene acceso a grupos, clubes y eventos sociales a través del sitio web para miembros de One Pass.
- Kits de acondicionamiento físico en el hogar: Si prefiere hacer ejercicio en casa, puede escoger un kit de acondicionamiento físico en el hogar para fuerza, yoga o baile.
- Salud del cerebro: acceso a programas en línea de rehabilitación cognitiva para la salud del cerebro.

Para obtener más información sobre los gimnasios y los centros de acondicionamiento físico participantes o los beneficios del programa, o para configurar su cuenta en línea, visite <http://www.youronepass.com> o llame al **1-877-614-0618** (TTY 711), de lunes a viernes, de 6 a. m. a 7 p. m.

One Pass® es una marca registrada de Optum, Inc. en los EE. UU. y otras jurisdicciones, y es un programa voluntario. El programa One Pass y los servicios que ofrece varían según el plan, el área y la ubicación. La información proporcionada por este programa solo tiene fines informativos generales y no pretende ser un consejo médico ni debe interpretarse como tal. One Pass no se hace responsable de los servicios o la información proporcionada por terceros. Los individuos deben consultar a un profesional de atención médica antes de comenzar cualquier programa de ejercicios o determinar lo que pueda ser adecuado para ellos.

Su Costo Compartido: usted paga lo siguiente: **sin cargo.**

Exclusiones del beneficio de acondicionamiento físico

- Servicios adicionales (tal como entrenamiento personal, clases grupales de acondicionamiento físico por una tarifa, horario de acceso ampliado o clases adicionales fuera de la oferta de membresía estándar).

Educación para la salud

Ofrecemos cobertura para varios tipos de asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud que su Médico Personal del Plan u otro Proveedor del Plan ofrecen durante una visita cubierta bajo otra parte de esta EOC.

También cubrimos una variedad de asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud

para ayudarlo a desempeñar un papel activo en la protección y mejora de su salud, incluidos programas para dejar de fumar, manejo del estrés y afecciones crónicas (como diabetes y asma). Kaiser Permanente también ofrece asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud no cubiertos que puede recibir mediante el pago de una tarifa. Para obtener más información sobre nuestro asesoramiento, programas y materiales de educación para la salud, comuníquese con el Departamento de Educación para la Salud local, llame a Servicio a los Miembros o vaya a nuestro sitio web kp.org.

Importante: Nuestro Departamento de Educación para la Salud ofrece un taller de autocontrol integral para ayudar a que los miembros conozcan las mejores opciones de ejercicio, dieta, vigilancia y medicamentos para manejar y controlar la diabetes. Puede elegir recibir capacitación sobre cómo autocontrolar su diabetes a través de un programa que no pertenezca a nuestro plan y que esté reconocido por la Asociación Americana de la Diabetes (American Diabetes Association, ADA) y aprobado por Medicare. Además, nuestro Departamento de Educación para la Salud ofrece formación para instruir a los miembros sobre enfermedades renales y ayudarles a tomar decisiones informadas en torno a su atención.

Su Costo Compartido. Debe pagar lo siguiente para recibir estos servicios cubiertos:

- Programas de educación para la salud cubiertos, que pueden incluir programas que se ofrecen en línea y asesoramiento por teléfono: **sin cargo.**
- Otro tipo de asesoramiento individual con cobertura cuando la visita al consultorio es solamente para recibir educación para la salud: **un copago de \$20 por consulta.**
- Educación para la salud que se brinda durante una consulta o un examen de un paciente ambulatorio que esté cubierto en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*: **sin Cargo Compartido adicional al que se requiere en esa otra parte de esta Evidencia de Cobertura.**
- Materiales cubiertos sobre educación para la salud: **sin cargo.**

Servicios para la audición

Ofrecemos cobertura de lo siguiente:

- Exámenes de audición con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva: **un copago de \$20 por consulta.**
- Consultas con un médico especialista para diagnosticar y tratar los problemas de audición: **un copago de \$20 por consulta.**

Audífonos

Cubrimos los siguientes Servicios relacionados con audífonos:

- Una **Asignación de \$2,500** por oído para comprar un audífono (incluidos la prueba, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección) cada 36 meses, siempre y cuando lo recete un médico o un proveedor del plan que sea audiólogo. Cubriremos audífonos para ambos oídos solo si se necesitan dos audífonos

para proporcionar una mejoría importante que no se puede conseguir con un solo audífono. No otorgaremos la asignación para audífonos (aunque estén cubiertos de otra forma) si ya se proporcionó una en los últimos 36 meses. Además, la Asignación puede utilizarse solo en el punto de venta inicial. Si no usa la totalidad de su asignación en el punto de venta inicial, no puede usarla más adelante.

Nosotros seleccionamos al proveedor que suministrará los audífonos con cobertura. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios relacionados con los oídos o la audición, excepto los que se describan en esta sección, tales como atención a pacientes ambulatorios para el tratamiento de otitis y medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el título que corresponda en esta sección “Beneficios y su Costo Compartido”)
- Implantes cocleares y dispositivos auditivos osteointegrados (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).

Exclusiones en los Servicios para la audición

- Audífonos internos implantados.
- Reemplazo de piezas y baterías, reparación de audífonos y reposición de audífonos perdidos o dañados (es posible que la garantía del fabricante cubra algunos de estos).

Atención médica a domicilio

“Atención médica a domicilio” se refiere a los Servicios prestados en el hogar por parte de enfermeros, trabajadores sociales médicos, auxiliares de salud a domicilio y terapeutas físicos, ocupacionales y del habla. Cubrimos su atención médica a domicilio de medio tiempo u ocasional de acuerdo con las pautas de Medicare. Los servicios de atención médica a domicilio están cubiertos por el número de visitas y la cantidad de tiempo determinados como necesarios desde el punto de vista médico de acuerdo con el plan de tratamiento de salud a domicilio y no mayor que los límites establecidos en las pautas de Medicare, solo si se cumplen todos los puntos siguientes:

- Usted está confinado sustancialmente a su hogar.
- Su enfermedad requiere de los Servicios de un enfermero o de un terapeuta físico o del habla o tiene necesidad continua de un terapeuta ocupacional (los Servicios de los auxiliares de salud a domicilio no tienen cobertura a menos que también reciba atención médica a domicilio con cobertura de un enfermero o un terapeuta físico, ocupacional o del habla que solo pueda administrar un proveedor autorizado).
- Un médico del plan determina que es viable para mantener una supervisión y un control efectivos de su atención en su hogar y que los servicios se pueden brindar de manera segura y eficaz en su hogar.

- Los Servicios se proporcionan dentro del área de servicio.

Su Costo Compartido. Cubrimos los Servicios de atención médica a domicilio **sin cargo**.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Atención de diálisis (consulte “Atención de diálisis”).
 - Equipo médico duradero (consulte “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”)
 - Suministros para ostomía, urología y cuidado especializado de heridas (consulte “Suministros para ostomía, urología y cuidado especializado de heridas”).
 - Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
 - Visitas como paciente ambulatorio para fisioterapia, terapia ocupacional y del habla (consulte “Atención a pacientes ambulatorios”).
- Dispositivos protésicos y ortopédicos (consulte “Dispositivos protésicos y ortopédicos”).

Exclusiones en la atención médica a domicilio

- Atención en el hogar si no es un lugar seguro y eficaz para proporcionar tratamiento.

La atención médica en el hogar no cubierta por Medicare para los miembros que viven en determinados condados (cuidados avanzados en el hogar)

Cubrimos la atención médica en el hogar que no está cubierta por Medicare cuando un médico lo considere médicamente apropiado según su estado de salud, para brindarle otra opción aparte de recibir atención de problemas médicos agudos en un hospital y servicios de atención de problemas médicos agudos posteriores en el hogar para apoyar su recuperación. Los servicios en el hogar deben ser:

- Recetados por un médico del hospital de la red que haya determinado que, en función de su estado de salud, plan de tratamiento y entorno en el hogar, puede ser tratado de manera segura y eficaz en el hogar.
- Elegidos por usted porque prefiere recibir la atención descrita en su plan de tratamiento en su hogar.

Nuestro proveedor de la red proporcionará los siguientes servicios y artículos en su hogar de acuerdo con su plan de tratamiento durante el tiempo que los recete un médico de hospital de la red:

- Consultas domiciliarias de enfermeras registradas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, terapeutas respiratorios, nutricionistas, auxiliares de salud a domicilio y otros profesionales de la salud de acuerdo con el plan de tratamiento de atención domiciliaria y el alcance de la práctica y la licencia del proveedor.

- Dispositivos de comunicación que le permitan comunicarse con el centro de comando de Advanced Care at Home las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esto incluye la tecnología de comunicación necesaria para respaldar una comunicación confiable y un dispositivo de alerta PERS para comunicarse con el centro de comando si no puede acceder a un teléfono.
- El siguiente equipo es necesario para garantizar que se lo controle adecuadamente en su hogar: manga o monitor de presión arterial, oxímetro de pulso, báscula y termómetro.
- Imágenes diagnósticas móviles y pruebas como radiografías, pruebas de laboratorio y electrocardiogramas.
- Los siguientes elementos de seguridad: taburetes de ducha, asientos de inodoro elevados, agarraderas, calzador de mango largo y calcetines.
- Hasta 21 comidas por semana mientras recibe atención de problemas médicos agudos en el hogar.

Además, para los servicios y artículos cubiertos por Medicare que se enumeran a continuación, el Costo Compartido indicado en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura* no se aplica cuando los servicios y artículos se recetan como parte de su plan de tratamiento en el hogar:

- Equipo y suministros médicos duraderos.
- Suministros médicos.
- Transporte de ida y vuelta en ambulancia no asistenciales a las instalaciones de la red cuando el transporte en ambulancia programado sea médicamente necesario.
- Consultas a domicilio o visitas al consultorio del auxiliar médico y del enfermero especializado.
- Los siguientes Servicios en un centro del plan si los Servicios forman parte de su plan de tratamiento en casa:
 - ◆ consultas al Departamento de Emergencias de la red asociadas con este beneficio;
 - ◆ visitas al consultorio de fisioterapia, terapia del habla u ocupacional;
 - ◆ radiografías, análisis de laboratorio, ecografías y ECG.

El costo compartido indicado en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura* se aplicará a todos los demás servicios y artículos que no forman parte de su plan de tratamiento en el hogar (por ejemplo, DME no relacionado con su plan de tratamiento en el hogar) o que son parte de su plan de tratamiento en el hogar, pero no se proporcionan en su hogar excepto como se indica antes. Importante: Para más información sobre Costo Compartido de medicamentos recetados, consulte la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”.

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son una forma especializada de atención médica interdisciplinaria diseñada para

proporcionar cuidados paliativos y aliviar las molestias físicas, emocionales y espirituales de un Miembro que se encuentra en las últimas etapas de su vida debido a una enfermedad terminal. También proporcionan apoyo al cuidador principal y a la familia del Miembro. Un Miembro que elige recibir cuidados paliativos decide recibirlos para aliviar el dolor y otros síntomas asociados con las enfermedades terminales, no para obtener atención para tratar de curar la enfermedad terminal. Puede cambiar su decisión de recibir beneficios de cuidados paliativos en cualquier momento.

Si tiene Medicare Parte A, reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal certificando que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Podrá recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarle a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio de nuestro plan, incluidos los que la organización MA posee, controla o en los que tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor del plan o un proveedor fuera del plan. Los Servicios cubiertos incluyen:

- medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor;
- atención de relevo a corto plazo;
- atención a domicilio.

Cuando le aceptan en un centro de cuidados paliativos, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en él, deberá continuar pagando las primas del plan.

Servicios de cuidados paliativos y servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y se relacionan con su pronóstico terminal: Original Medicare (no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos los servicios de cuidados paliativos y todo servicio de la Parte A y la Parte B relacionados con su enfermedad terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, su proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.

Servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su pronóstico terminal:

Si requiere servicios que no son de emergencia y no se necesitan con urgencia y que están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B y no se relacionan con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un proveedor del plan y cumple con las reglas del plan (tal como si existe un requisito de obtener una autorización previa):

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor del plan y cumple con las reglas del plan para la obtención del servicio, solo debe pagar el monto del costo compartido del plan para los servicios de la red.

- Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera del plan, usted paga el costo compartido de Medicare de pago por servicio (Original Medicare).

Servicios que están cubiertos por nuestro plan pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o Parte B: Seguiremos cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos bajo la Parte A o la Parte B sin importar si se relacionan o no con su enfermedad terminal. Usted paga el monto del Costo compartido de su Plan por estos Servicios.

En el caso de medicamentos que podrían estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido. Si están relacionados con su afección terminal, pagará el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca tienen cobertura del centro de cuidados paliativos y de nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte “Si está en un centro de cuidados paliativos con certificación de Medicare” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”.

Importante: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relaciona con su pronóstico terminal), debe contactarse con nosotros para que coordinemos los servicios.

Para obtener más información sobre los cuidados paliativos con cobertura de Original Medicare, visite <https://www.medicare.gov> (en inglés), y en “Search Tools” (herramientas de búsqueda), elija “Find a Medicare Publication” (buscar una publicación de Medicare) para ver o descargar la publicación “Medicare Hospice Benefits” (Beneficios para cuidados paliativos de Medicare). O llame al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, siete días a la semana.

Nota especial si no tiene Medicare Parte A

Cubrimos los Servicios de cuidados paliativos que se mencionan a continuación **sin cargo** solo si se cumplen todos los requisitos siguientes:

- No tiene derecho a Medicare Parte A.
- Un Médico del Plan diagnostica que usted tiene una enfermedad terminal y determina que su esperanza de vida es de 12 meses o menos.
- Los Servicios se proporcionan dentro de nuestra área de servicio (o dentro de California pero en un radio de 15 millas o a 30 minutos de nuestra área de servicio si vive fuera de dicha área de servicio y si ha sido miembro de Senior Advantage ininterrumpidamente desde antes del 1 de enero de 1999, en el mismo domicilio).
- Los servicios están a cargo de una agencia de cuidados paliativos con licencia que es un proveedor del plan.
- Un médico del plan determina que los Servicios son necesarios para aliviar y controlar su enfermedad terminal y las condiciones relacionadas.

Si se cumplen todos los requisitos mencionados, cubriremos los siguientes Servicios de cuidados paliativos, si resultan necesarios para sus cuidados paliativos:

- Servicios de un Médico del plan.
- Atención de enfermería especializada, incluidos la evaluación y el manejo de casos de las necesidades de atención de enfermería, tratamiento para el dolor y alivio de los síntomas, apoyo emocional para usted y su familia, e instrucciones para los cuidadores.
- Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla para aliviar los síntomas o permitirle seguir realizando las actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.
- Servicios sociales médicos
- Servicios de auxiliares de salud a domicilio y de tareas domésticas.
- Suministro de hasta 100 días de medicamentos paliativos recetados para controlar el dolor y los síntomas de la enfermedad terminal, según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en un hospital. Deberá obtener estos medicamentos en una Farmacia del Plan. Ciertos medicamentos están limitados a un suministro máximo de 30 días en cualquier periodo de 30 días (su farmacia del plan puede decirle si un medicamento que usted toma es uno de estos medicamentos).
- Equipos médicos duraderos.
- Atención de relevo cuando sea necesaria para permitir descansar a los cuidadores. La atención de relevo es un tipo de servicio ocasional y a corto plazo que se brinda a pacientes hospitalizados y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos cada vez.
- Servicios de asesoramiento y apoyo para personas en duelo.
- Asesoramiento nutricional.

También ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios de cuidados paliativos solo durante períodos de crisis cuando estos servicios sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para aliviar o tratar síntomas médicos agudos:

- Atención de enfermería continua hasta por 24 horas diarias según sea necesaria para mantenerle en el hogar.
- Servicios para paciente hospitalizado a corto plazo necesarios a un nivel que no pueda ofrecerse en el hogar.

Servicios de salud mental

Cubrimos los servicios que se indican en la sección “Servicios de Salud Mental” solo cuando los Servicios son para el diagnóstico o el tratamiento de Trastornos Mentales. Un “trastorno mental” es una enfermedad de salud mental identificada como “trastorno mental” en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, “DSM”)*, cuarta edición, texto revisado, tal como se enmendó en la edición más reciente, que produzca un deterioro o una disfunción clínicamente

significativos del funcionamiento mental, emocional o del comportamiento. No cubrimos los servicios para las afecciones que el *DSM* no identifica como un “trastorno mental”. Por ejemplo, el *DSM* identifica los problemas de relaciones como un trastorno que no es un trastorno mental; por lo tanto, no cubrimos servicios para tratar problemas de relaciones (como terapias para parejas o familias).

Los “trastornos mentales” incluyen las siguientes condiciones:

- enfermedad Mental Grave de una persona de cualquier edad;
- trastorno emocional grave de un menor de 18 años.

Además de los Servicios descritos en esta sección de Servicios de Salud Mental, también cubrimos otros Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar un Trastorno Emocional Grave de un Menor de 18 Años o Enfermedades Mentales Graves si el Grupo Médico autoriza una referencia por escrito (como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas referencias” en el título “Cómo Obtener una Referencia” de la sección “Cómo Obtener Servicios”).

Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios

Cubrimos los siguientes servicios cuando los prestan Médicos del Plan u otros Proveedores del Plan que son profesionales de la atención médica titulados que actúan dentro del alcance de sus licencias:

- evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal;
- pruebas psicológicas cuando sean necesarias para evaluar un trastorno mental;
- servicios para pacientes ambulatorios para supervisar el tratamiento farmacológico.

Programas de tratamiento psiquiátrico intensivo

Ofrecemos cobertura para los programas de tratamiento psiquiátrico intensivo en un Centro de Atención del Plan, como:

- hospitalización parcial;
- tratamiento interdisciplinario en un programa intensivo para pacientes ambulatorios o de tratamiento diurno;
- observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda.

Su Costo Compartido. Debe pagar lo siguiente para recibir estos servicios cubiertos:

- Evaluación y tratamiento individual de salud mental: **un copago de \$20 por consulta.**
- Tratamiento grupal de salud mental: **un copago de \$10 por consulta.**
- Hospitalización parcial: **sin cargo.**
- Otros programas de tratamiento psiquiátrico intensivo: **sin cargo.**

Tratamiento residencial.

Dentro de nuestra área de servicio, cubrimos los siguientes Servicios cuando se prestan en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado que ofrece tratamiento individualizado de salud mental las 24 horas, los Servicios son prestados de forma general y habitual por un programa de tratamiento residencial de salud mental en un centro de tratamiento en entorno residencial autorizado, y los Servicios están por encima del nivel de atención de custodia:

- evaluación y tratamiento de salud mental individual y grupal;
- servicios médicos;
- revisión de medicamentos;
- habitación y alimentación;
- medicamentos recetados por un proveedor del plan como parte de su plan de atención en el centro de tratamiento residencial de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en un hospital si se los administra el personal médico en el centro (para ver información sobre los medicamentos que se recetan cuando recibe el alta del centro de tratamiento residencial, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”);
- programación del alta hospitalaria.

Su Costo Compartido. Cubrimos los servicios de tratamiento de salud mental **sin cargo.**

Hospitalización de pacientes psiquiátricos

Cubrimos la atención de enfermedades psiquiátricas agudas en hospitales psiquiátricos con certificación de Medicare.

Su Costo Compartido. Cubrimos Servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios”).
- análisis de laboratorio y estudios del sueño para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de imágenes diagnósticas, laboratorio y otros servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios”);
- Visitas de telemedicina (consulte “Visitas de Telemedicina”).

Servicios del programa de tratamiento de opioides

Los miembros con trastorno por uso de opioide (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de Tratamiento de Opioides (OTP), que incluye los siguientes servicios:

- medicamentos agonistas y tratamiento asistido con medicamentos antagonistas (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU., y la dispensación y administración de los medicamentos MAT (si corresponde);
- sesoramiento sobre trastorno por abuso de sustancias;
- terapia individual y grupal;
- pruebas de toxicología;
- actividades de consumo;
- evaluaciones periódicas;
- medicamentos de Medicare Parte B medicamentos administrados.

Su Costo Compartido: Debe pagar lo siguiente para recibir estos servicios cubiertos: **sin cargo.**

Suministros para ostomías, urología y cuidado especializado de heridas

Cubrimos los suministros para ostomía, urología y el cuidado especializado de las heridas si se cumplen los siguientes requisitos:

- Un Médico del Plan le recetó suministros para ostomía, urología y cuidado especializado de las heridas para su condición médica.
- Se le aprobó el artículo por medio del proceso de autorización previa del plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para Determinadas Referencias” en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del área de servicio.

La cobertura está limitada al equipo estándar que se ajuste adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor.

Su Costo Compartido: Deberá pagar lo siguiente por los suministros cubiertos de ostomía, urología y cuidado especializado de las heridas: **sin cargo.**

Exclusiones de suministros para ostomías, urología y cuidado especializado de heridas

- Elementos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo.

Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios con el Costo Compartido indicado solamente cuando es parte de la atención cubierta en otros títulos de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”. Un Proveedor del Plan debe recetar los Servicios:

- Imágenes diagnósticas complejas (que no sean preventivas) como tomografías computarizadas, imágenes por resonancia magnética (Magnetic Resonance Imaging, MRI) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET): **sin cargo.**
- Servicios de imágenes diagnósticas básicas, como radiografías, mamografías y ecografías de diagnóstico y terapéuticas: **sin cargo.**
- Medicina nuclear: **sin cargo.**
- Pruebas fotográficas preventivas de rutina para la detección de trastornos de la retina: **sin cargo.**
- Análisis de laboratorio de rutina para revisar la eficacia de la diálisis: **sin cargo.**
- Pruebas de hemoglobina (A1c) para la diabetes, pruebas de Lipoproteína de Baja Densidad (LDL) para enfermedades cardíacas, Razón Normalizada Internacional (INR) para personas con enfermedad hepática o ciertos trastornos sanguíneos, y ciertos análisis de sangre cuantitativos de glucosa no cubiertos a \$0 en Original Medicare: **sin cargo.**
- Todos los demás análisis de laboratorio (incluidas las pruebas para trastornos genéticos específicos para los que se ofrece asesoramiento genético): **sin cargo.**
- Servicios de diagnóstico que brindan proveedores del plan que no son médicos (como ECG, EEG y estudios del sueño): **sin cargo.**
- Radioterapia: **sin cargo.**
- Tratamientos de terapia con luz ultravioleta, incluido el equipo de terapia con luz ultravioleta para su uso en el hogar, si (1) el equipo fue aprobado para usted por medio del proceso de autorización previa del Plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” en el título “Cómo obtener una referencia” de la sección “Cómo obtener servicios”, y (2) el equipo se proporciona dentro de nuestra área de servicio de nuestra Región Base. (La cobertura para el equipo de terapia con luz ultravioleta se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se renta o compra el equipo y seleccionamos al proveedor. Cuando el equipo ya no tenga cobertura, deberá devolverlo o pagar el precio justo del mercado por él): **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio para pacientes ambulatorios que sean Servicios preventivos, como mamografías, densitometrías óseas y pruebas de detección de laboratorio de rutina (consulte “Servicios preventivos”).
- Procedimientos para pacientes ambulatorios que incluyan Servicios de diagnóstico y de imágenes diagnósticas (consulte “Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios”).
- Servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, inseminación artificial o Servicios de

tecnología de reproducción asistida (assisted reproductive technology, ART) (consulte “Servicios de Fertilidad”)

Exclusiones para Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios

- Equipos o artículos de terapia con luz ultravioleta para comodidad, conveniencia o lujo
- Reparación o sustitución de equipos de terapia con luz ultravioleta debido a uso indebido.

Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”, de acuerdo con nuestras pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles, sujeto a cualquier exclusión o limitación conforme a esta *EOC*. Cubrimos los artículos descritos en esta sección cuando se prescriben de la siguiente manera:

- Artículos prescritos por los proveedores del plan, dentro del alcance de su licencia y práctica.
- Artículos recetados por los siguientes proveedores que no pertenecen al plan, a menos que un médico del plan determine que el artículo no es necesario desde el punto de vista médico o que el medicamento se utiliza para el tratamiento de disfunciones sexuales:
 - ◆ dentistas, si el medicamento es para atención dental;
 - ◆ médicos fuera del plan si el grupo médico autoriza una referencia por escrito al médico fuera del plan (de acuerdo con “Proceso de autorización del grupo médico para ciertas referencias” bajo “Obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”) y el medicamento, suministro o suplemento si está cubierto como parte de esa referencia;
 - ◆ médicos fuera del plan, si la receta se obtuvo como parte de Servicios de emergencia, atención de posestabilización o Atención de Urgencia fuera del área, según se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” (si surte su receta en una farmacia del plan, es posible que deba pagar los cargos del artículo y presentar una reclamación de reembolso, según se describe en la sección “Solicitudes de pago”).
- El artículo cumple los requisitos de nuestras pautas de la lista de medicamentos cubiertos.
- Usted obtiene el artículo en una farmacia del plan o a través de nuestro servicio de pedidos por correo, excepto que se indique otra cosa en “Ciertos artículos de farmacias fuera del plan” de la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”. Consulte nuestro **Directorio de farmacias de Kaiser Permanente** para encontrar las farmacias del

plan de su área. Las farmacias del plan pueden cambiar sin aviso, y si una farmacia ya no pertenece al plan, usted debe obtener los artículos cubiertos en otra farmacia del plan, excepto donde se indique lo contrario en “Ciertos artículos de farmacias fuera del plan” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”.

- El profesional que le expida recetas debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que demuestre que está calificado para emitir recetas; de lo contrario, se negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que hable por teléfono o visite al profesional que receta, debe preguntarle si cumple con este requisito. Si no es así, tenga en cuenta que a esta persona le llevará tiempo presentar la documentación necesaria para que se procese.

Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de nuestro plan, si tiene Medicare Parte A, Original Medicare podría cubrir sus medicamentos si se encuentra en un centro de cuidados paliativos de Medicare. Para obtener más información, consulte “Si está en un centro de cuidados paliativos con certificación de Medicare” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”.

Cómo obtener resurtidos por correo

La mayoría de los resurtidos están disponibles a través de nuestro servicio de pedidos por correo, pero existen algunas restricciones. Encuentre más información sobre cómo volver a surtir recetas a través de nuestro servicio de pedidos por correo en una Farmacia del Plan, en nuestro **Directorio de Farmacias de Kaiser Permanente** o en nuestro sitio web kp.org/refill. Consulte en la Farmacia del Plan de su localidad si podemos enviarle su medicamento por correo. Los artículos disponibles a través del servicio de venta por correo están sujetos a cambio sin previo aviso.

Ciertos artículos de farmacias fuera del plan En general, ofrecemos cobertura para los medicamentos que se surten en farmacias fuera del plan solo cuando no es posible usar una farmacia del plan. Si no puede usar una farmacia del plan, cubriremos medicamentos recetados surtidos en una farmacia fuera del plan en las siguientes circunstancias.

- El medicamento está relacionado con los Servicios de emergencia, la atención de posestabilización o la Atención de Urgencia fuera del área cubiertos, que se describen en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”. Nota: Los medicamentos recetados que se recetan y se surtan fuera de Estados Unidos y sus territorios como parte de servicios cubiertos de los Servicios de emergencia o de Atención de urgencia, tienen cobertura para un suministro de hasta 30 días en un período de 30 días. Estos medicamentos están cubiertos por sus beneficios médicos, y no están cubiertos por Medicare Parte D. Por lo tanto, los pagos de estos medicamentos no cuentan para alcanzar la Etapa de cobertura para catástrofes de la Parte D.

- En cuanto a los medicamentos cubiertos por Medicare Parte D, los siguientes son casos adicionales en los que se podría cubrir un medicamento de la Parte D:
 - ◆ si viaja fuera del área de servicio de su Región Base, pero dentro de Estados Unidos y sus territorios, y se enferma o se queda sin sus medicamentos recetados cubiertos de la Parte D. Ofreceremos cobertura de las recetas que se surtan en una Farmacia fuera del plan de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos de Medicare Parte D.
 - ◆ Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro del área de servicio de su Región Base porque no hay farmacias del plan a una distancia razonable en automóvil que estén abiertas las 24 horas. Es posible que no cubramos el medicamento recetado si una persona razonable pudo haber comprado el medicamento en una farmacia del plan en el horario normal de atención.
 - ◆ Si trata de surtir la receta de un medicamento cubierto que no está disponible normalmente en farmacias accesibles del plan o a través del servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos de costo elevado).
 - ◆ Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una farmacia del plan durante un desastre.

En cualquiera de estos casos, llame primero a Servicio a los Miembros, para averiguar si hay una farmacia del plan en el área. Se le puede pedir que pague la diferencia entre lo que pague por el medicamento en la farmacia fuera del plan y el costo que cubriríamos en una farmacia del plan.

Pagos y reembolsos. Si acude a una farmacia fuera del plan por las razones mencionadas, es posible que tenga que pagar el costo total (en vez de pagar solamente su Copago o Coseguro) cuando surta su receta. Puede presentar una solicitud de reembolso para pedimos que le reembolsemos nuestra parte del costo según se describe en la sección “Solicitudes de Pago”. Si pagamos los medicamentos que haya obtenido de una farmacia fuera del plan, es posible que pague más por los medicamentos que lo que habría pagado si hubiese acudido a una farmacia del plan porque tal vez deba pagar la diferencia entre los Cargos de la farmacia del plan y el precio que le haya cobrado la farmacia fuera del plan.

Si está en un centro de cuidados paliativos con certificación de Medicare

Si tiene Medicare Parte A, los medicamentos nunca están cubiertos por el centro de cuidados paliativos y nuestro plan al mismo tiempo. Si está inscrito en un centro de cuidados paliativos de Medicare y necesita un medicamento para las náuseas o el dolor, un laxante o un ansiolítico que no cubre el centro porque no está relacionado con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del profesional que receta o del proveedor del centro en la que se comunica que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan lo cubra. Para evitar demoras al recibir los medicamentos no

relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien le hace la receta que se asegure de que recibamos la notificación de que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta.

En el caso de que cancele su elección de centro de cuidados paliativos o reciba el alta de este centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando termine su beneficio en el centro de cuidados paliativos de Medicare, debe llevar la documentación a la farmacia para que se verifique su cancelación o el alta. Para obtener más información sobre la cobertura de Medicare Parte D y lo que usted paga, consulte “Medicamentos de Medicare Parte D” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”.

Medicamentos de Medicare Parte D

Medicare Parte D cubre la mayoría de los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios si se venden en Estados Unidos y su venta está aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal. Nuestra lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D incluye los medicamentos que puede cubrir Medicare Parte D de acuerdo con los requisitos de Medicare y determinados dispositivos de administración de insulina (agujas, jeringas, hisopos con alcohol y gasa). Consulte nuestra “Lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D (Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente 2025)” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” para obtener más información sobre esta lista.

Etapa de Cobertura Inicial

Durante la Etapa de cobertura inicial, nosotros pagamos nuestra parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su Costo compartido. Su Costo compartido variará según el medicamento que compre y el lugar donde surta la receta médica. A veces, el costo del medicamento es menor que su Costo compartido. En estos casos, usted paga el precio más bajo por del medicamento en vez de su Costo compartido.

Costo Compartido de los medicamentos de Medicare Parte D. En esta etapa, pagará el siguiente Costo Compartido por los medicamentos cubiertos de Medicare Parte D:

- Medicamentos genéricos: **un copago de \$10 para un suministro de hasta 100 días.**
- Medicamentos de marca: **un copago de \$25 para un suministro de hasta 100 días.**
- Medicamentos especializados: **un coseguro del 20 % (no debe ser mayor de \$150) para un suministro de hasta 100 días.**
La disponibilidad de los pedidos por correo varía según el producto. Consulte en su farmacia local
- Vacunas inyectables de la Parte D: **sin cargo.**
- Píldoras del día siguiente: **sin cargo.**
- Los siguientes dispositivos de administración de insulina con **un copago de \$10 para un suministro de hasta 100 días:** agujas, jeringas, hisopos con alcohol y gasas.

Importante: Por cada insulina cubierta, usted no pagará más de **un copago \$35 por un suministro para 30 días, un copago de \$70 por un suministro para 31 a 60 días y un copago de \$105 por un suministro para 61 a 100 días.**

Etapas de Cobertura para Catástrofes

Usted ingresa a la Etapa de cobertura para catástrofes cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de **\$2,000** en un año calendario. Una vez que llega a la Etapa de Cobertura para Catástrofes, permanecerá en ella durante el resto del año calendario. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Importante: Cada año, a partir del 1 de enero, los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid podrían cambiar los límites de cobertura que correspondan al año calendario. Le informaremos con anticipación cualquier cambio en su cobertura.

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo.

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

- el monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en la etapa de cobertura inicial;
- todos los pagos que haya hecho durante este año calendario como miembro de un plan distinto de Medicare para medicamentos recetados antes de inscribirse en nuestro plan.

Quién paga es importante:

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

Estos pagos no se incluyen en sus gastos de bolsillo.

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

- la cantidad con la que contribuye, de haberla, a la prima de su grupo;
- los medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios;
- los medicamentos que no tienen cobertura del plan;
- los medicamentos que compra en una farmacia que no pertenece a la red y que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura que no pertenece a la red;
- los medicamentos no cubiertos por la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare;
- los pagos por medicamentos realizados por el Departamento de Asuntos Veteranos (VA);
- los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir el costo de los medicamentos recetados (por ejemplo, seguro de los trabajadores);
- los pagos realizados por el fabricante del medicamento bajo el Programa de descuentos del fabricante.

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

Cómo hacer un seguimiento de los medicamentos de Medicare Parte D. La Explicación de Beneficios de la Parte D

es un documento que obtendrá por cada mes que use su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D, **el cual le indica la cantidad total** que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos recetados y la cantidad total que pagamos nosotros por cada uno de sus medicamentos recetados de la Parte D durante el mes. También puede solicitar una **Explicación de Beneficios de la Parte D** al Servicio a los Miembros.

Programa “Beneficio Adicional” de Medicare

Medicare ofrece “Beneficio Adicional” para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen bajos ingresos y recursos limitados. Entre los recursos se incluyen los ahorros y las inversiones en acciones pero no su hogar ni su automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima mensual y los Copagos de los medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Beneficio Adicional” también cuenta para el cálculo de los gastos de bolsillo.

Si usted reúne los requisitos automáticamente para participar en el programa “Beneficio Adicional”,

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

- **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, siete días a la semana.
- La Oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**), de 8 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes (solicitudes).
- Su oficina estatal de Medicaid. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener la información de contacto.

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

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

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

- Escriba a Kaiser Permanente a la siguiente dirección:
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400
- Envíela por fax al siguiente número **1-877-528-8579**
- Llévela a una farmacia del plan o a su oficina local de Servicio a los Miembros en un Centro de Atención del Plan.

Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de Costo Compartido, actualizaremos nuestro sistema de tal forma que usted pueda pagar el Costo Compartido correcto cuando surta su próxima receta médica en nuestra Farmacia del Plan. Si realiza un pago superior a su Costo Compartido, le haremos el reembolso. Le enviaremos un cheque por el monto del pago excesivo o lo compensaremos en Costos Compartidos futuros. Si nuestra farmacia del plan no le ha cobrado un Costo Compartido y procesa su Costo Compartido como una deuda, podríamos realizar directamente el pago a nuestra farmacia del plan. Si un estado realizó el pago en su nombre, podemos pagarle directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros.

Si reúne los requisitos para recibir “Beneficio Adicional”, le enviaremos una **Cláusula de la Evidencia de Cobertura para quienes reciben Beneficio Adicional para sus medicamentos recetados** (también conocida como *Cláusula de subsidio de bajos ingresos* o la *Cláusula LIS*), que incluye información sobre su cobertura de medicamentos de la Parte D. Si no ha recibido este anexo, por favor llame a Servicio a los Miembros y pida la Cláusula LIS.

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP) ayuda a garantizar que las personas con VIH o SIDA que califican para el ADAP tengan acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de Medicare Parte D que también se encuentran en la lista de medicamentos cubiertos del ADAP califican para ayuda con el costo compartido de las recetas médicas por medio del Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA de California.

Importante: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben reunir ciertos requisitos, incluida una prueba de residencia en el estado y su condición de VIH, bajos ingresos conforme a la definición del estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de parecer, notifique a su trabajador local de inscripción en el ADAP para que pueda seguir recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, por favor llame a la Central de Llamadas de ADAP al **1-844-421-7050** de 8 a. m. a 5 p. m. (excepto días festivos).

Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare

El plan de pagos para medicamentos recetados de Medicare es una nueva opción de pago que funciona junto a su cobertura de medicamentos actual, y puede ayudarle a administrar sus costos de medicamentos al dividir el gasto en **pagos mensuales que podrán variar durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no ahorra dinero ni reduce el costo de los medicamentos.** El “Beneficio adicional” de Medicare, los beneficios del Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (State’s Pharmaceutical Assistance Program, SPAP) y el Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), para quienes reúnen los requisitos para recibirlos, son más convenientes que participar en el

Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare. Todos los miembros reúnen los requisitos para participar en esta opción de pago, no importa el nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare que tengan cobertura de medicamentos deberán ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para ver si esta opción de pago es adecuada para usted.

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

En la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”, encontrará más información sobre el plan de pago de recetas médicas de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en la sección “Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales” para presentar una queja informal o apelación.

Lista de medicamentos de Medicare Parte D (Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2025)

Nuestro plan tiene una Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025. En esta *Evidencia de Cobertura*, llamamos “Lista de Medicamentos”, para abreviar.

El plan selecciona los medicamentos que aparecen en esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y cuenta con su aprobación.

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

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

- está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para el que se recetó; o
- está respaldado por ciertas referencias, como la Información sobre medicamentos del Servicio de Información sobre Medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos para Hospitales de Estados Unidos y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Nuestra Lista de Medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares). Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo un nombre comercial que le pertenece al fabricante. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En nuestra “Lista de Medicamentos”, “medicamento” puede hacer referencia a un medicamento o un producto biológico.

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

Los medicamentos genéricos preferidos y genéricos que aparecen en la lista de medicamentos recetados disponibles estarán sujetos al Copago o al Coseguro de medicamentos genéricos indicados en “Costo Compartido para los medicamentos de Medicare Parte D” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”. Los medicamentos de marca preferidos y no preferidos que aparecen en la lista de medicamentos recetados disponibles estarán sujetos al Copago o al Coseguro de medicamentos de marca indicados en “Costo Compartido para los medicamentos de Medicare Parte D”

en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”. Tenga en cuenta que en ocasiones un medicamento podría aparecer varias veces en nuestra Lista Completa de Medicamentos Recetados Disponibles 2025. Esto sucede porque es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos de acuerdo con factores como la concentración, la cantidad o la presentación de un medicamento que le receta el proveedor de atención médica (por ejemplo, 10 mg o 100 mg; uno al día o dos al día; en forma de comprimidos o en forma líquida).

Puede obtener información actualizada sobre los medicamentos con cobertura de nuestro plan en nuestro sitio web [kp.org/seniorrx](https://www.kp.org/seniorrx). También puede llamar a Servicio a los Miembros para saber si su medicamento está en la lista de medicamentos recetados disponibles o para solicitar una copia actualizada de nuestra lista.

Es posible que hagamos ciertos cambios a nuestra lista de medicamentos recetados disponibles durante el año. Los cambios en la lista de medicamentos recetados disponibles pueden afectar a los medicamentos con cobertura y cuánto pague cuando surta su receta. Las clases de cambios en la lista de medicamentos recetados que es posible que hagamos incluyen:

- agregar o eliminar medicamentos de la lista de medicamentos recetados;
- agregar autorizaciones previas u otras restricciones a un medicamento.

Si retiramos medicamentos de la lista de medicamentos recetados o agregamos autorizaciones previas o restricciones a un medicamento, y usted está tomando el medicamento afectado por el cambio, se le permitirá seguir recibiendo ese medicamento en el mismo nivel de Costo compartido por el resto del año calendario. Sin embargo, si un medicamento de marca se reemplaza con un nuevo medicamento genérico, o nuestra lista de medicamentos recetados disponibles se cambia como resultado de nueva información sobre la seguridad y eficacia de un medicamento, es posible que este cambio le afecte a usted. Le notificaremos sobre el cambio por lo menos 30 días antes de la fecha en que el cambio entre en vigencia o le proporcionaremos un suministro para un mes en la Farmacia del Plan. Esto le dará la oportunidad de trabajar con su médico para cambiar a un medicamento con cobertura diferente o solicitar una excepción. (Si se elimina un medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados porque ha sido retirado del mercado, no daremos el aviso con 30 días de anticipación antes de eliminar el medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados. En su lugar, eliminaremos el medicamento de inmediato y notificaremos a los miembros que usan el medicamento sobre el cambio lo antes posible).

Si su medicamento no está incluido en su copia de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, primero debe consultar la lista de medicamentos recetados disponibles en el sitio web, ya que la actualizamos cuando se produce un cambio. Además, puede llamar a Servicio a los Miembros para asegurarse de que no esté cubierto. Si Servicio a los Miembros confirma que no cubrimos su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede preguntar a su Médico del Plan si puede cambiarlo por otro medicamento que esté cubierto por nosotros.
- Usted o su médico del plan pueden pedirnos que hagamos una excepción (un tipo de determinación de cobertura) para cubrir su medicamento de Medicare Parte D. Consulte la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Quejas y Apelaciones” para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Póliza de transición. Si se suscribió recientemente a nuestro plan, es posible que pueda obtener un suministro temporal de un medicamento de Medicare Parte D que estuviese tomando y que tal vez no esté en nuestra lista de medicamentos recetados o que tenga otras restricciones, durante los primeros 90 días de su membresía. Es posible que los cambios de un año al otro en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles también afecten a los miembros actuales. Los miembros deben consultar a sus médicos del plan para decidir

si deberían cambiar su medicamento por otro que esté cubierto o solicitar una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D para recibir cobertura del medicamento. Consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o nuestro sitio web kp.org/seniorrx (cambie el idioma a español) para obtener más información sobre nuestra cobertura de transición de la Parte D.

Exclusiones de Medicare Parte D (medicamentos que no pertenezcan a la Parte D). Si usted recibe medicamentos excluidos, deberá pagarlos por su cuenta. Si presenta una apelación y se descubre que el medicamento solicitado no está excluido en la Parte D, pagaremos por él o lo cubriremos. Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”. Si un medicamento no tiene cobertura de Medicare Parte D, cualquier cantidad que pague por ese medicamento no se considerará para alcanzar la etapa de cobertura para catástrofes.

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

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

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

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

Nota: Además de la cobertura que se ofrece en este plan de Medicare Parte D, también tiene cobertura para los medicamentos que no pertenecen a la Parte D descritos en “Terapia de infusiones en el hogar”, “Medicamentos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare Parte B”, “Determinados medicamentos intravenosos, suministros y suplementos” y “Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por Medicare” en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”. Si un medicamento no tiene cobertura de Medicare Parte D, consulte estos títulos para obtener información sobre su cobertura de medicamentos no incluidos en la Parte D.

Cobertura adicional de medicamentos recetados.

Debe informar a nuestro plan si tiene una cobertura adicional de atención médica o de medicamentos de otro plan. La información que nos proporcione nos ayudará a calcular cuánto han pagado usted y otros por sus medicamentos recetados. Además, si pierde o gana cobertura adicional de atención médica o de medicamentos recetados, por favor llame a Servicio a los Miembros para actualizar su expediente de membresía.

Terapia de infusiones en el hogar

Ofrecemos cobertura para los suministros y medicamentos de infusiones **sin cargo** si se cumplen las siguientes condiciones:

- El medicamento recetado está en la lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D.
- Aprobamos el medicamento recetado para la terapia de infusiones en el hogar.
- Tiene una receta de un proveedor del plan y la surte en una farmacia del plan de medicamentos para infusiones en el hogar.

Medicamentos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare Parte B

Además de los medicamentos de Medicare Parte D, también cubrimos un número limitado de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios que tienen cobertura de Medicare Parte B. Los siguientes son los tipos de medicamentos que cubre Medicare Parte B:

- Los medicamentos que se administran a través de equipo médico duradero (tal como un nebulizador) que fueron recetados por un médico del plan.
- Factores de coagulación que se administre usted mismo por medio de inyección, si padece hemofilia.
- Medicamentos para trasplante/inmunodepresores, si Medicare pagó el trasplante de órgano (o se requirió que un plan de grupo pagara antes de que Medicare lo hiciera). Debe tener la Parte A en el momento de recibir el trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir los medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre.

- Ciertos medicamentos orales contra el cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por boca si el mismo medicamento está disponible como inyectable o el medicamento es un profármaco (una forma oral que, cuando se lo ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que los nuevos medicamentos orales contra el cáncer estén disponibles, la Parte B podría cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre.
- Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de deficiencia inmunitaria.
- Los medicamentos que, en general, no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria.
- Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto médico).
- Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento.
- Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona debidamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada.
- Medicamentos orales contra las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales contra las náuseas que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si son administrados antes de la quimioterapia, durante la quimioterapia o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se usan como un reemplazo terapéutico completo para un medicamento intravenoso contra las náuseas.
- Ciertos medicamentos orales para la Enfermedad Renal en Fase Terminal (ESRD) si el mismo medicamento está disponible como inyección y el beneficio de ESRD de la Parte B lo cubre.
- Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago de Enfermedades Renales en Fase Terminal, inclusive el medicamento intravenoso Parsabiv®, y el medicamento oral Sensipar®.
- Ciertos medicamentos para hacerse diálisis en el hogar, entre ellos heparina, el antídoto para la heparina (cuando sea médicamente necesario) y anestésicos tópicos.
- Agentes estimulante de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si tiene Enfermedad Renal en Fase Terminal (ESRD) o necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones determinadas (como Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa).
- El medicamento para el Alzheimer, Leqembi® (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre qué exploraciones y pruebas puede necesitar como parte de su tratamiento.

- Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y parenteral).

Su Costo Compartido para los medicamentos de Medicare Parte B. Usted paga lo siguiente por los medicamentos de Medicare Parte B:

- Medicamentos genéricos: **un copago de \$10 para un suministro de hasta 100 días.**
- Medicamentos de marca, medicamentos especializados y productos compuestos: **un copago de \$25 para un suministro de hasta 100 días.**

Determinados medicamentos intravenosos, suministros y suplementos

Ofrecemos cobertura **sin cargo** para ciertos medicamentos intravenosos, líquidos, aditivos y nutrientes autoadministrados que requieran tipos específicos de infusión parenteral (como infusiones intravenosas o intrarraquídeas) para un suministro de hasta 30 días. Además, cubrimos **sin cargo** los suministros y equipos requeridos para la administración de estos medicamentos.

Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare

Si un medicamento, suministro o suplemento no tiene cobertura de Medicare Parte B o D, cubrimos los siguientes artículos adicionales de acuerdo con nuestra lista de medicamentos que no pertenecen a la Parte D:

- Medicamentos que, de conformidad con la ley, requieren receta médica. También cubrimos determinados medicamentos que no requieren una receta médica por ley si están en nuestra lista de medicamentos correspondiente a los artículos de la Parte D y son recetados por un médico del plan.
- Diafragmas, capuchones cervicales, anillos y parches anticonceptivos.
- Agujas y jeringas desechables necesarias para inyectar los suplementos y medicamentos cubiertos.
- Espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos cubiertos.
- Tiras reactivas para cetonas y comprimidos o tiras reactivas para azúcar o cetonas para realizar análisis de orina para la diabetes.
- Medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar, incluidos los medicamentos de venta sin receta, cuando los receta un Médico del Plan.

Su Costo Compartido para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare. Vea a continuación los Costos compartidos para estos productos:

- Artículos genéricos (que no se describen en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*): **un copago de \$10 para un suministro de hasta 100 días.**
- Artículos de marca, medicamentos especializados y productos compuestos (que no se describen en otra parte de esta *Evidencia de Cobertura*): **un copago de \$25 para un suministro de hasta 100 días.**

- Los medicamentos genéricos recetados para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual: **un coseguro del 25 % para un suministro de hasta 100 días.**
- Los medicamentos de marca recetados para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual: **un coseguro del 25 % para un suministro de hasta 100 días.**
- Los medicamentos genéricos recetados para el tratamiento de trastornos relacionados con la infertilidad: **un copago de \$10 para un suministro de hasta 100 días.**
- Los medicamentos de marca recetados para el tratamiento de trastornos relacionados con la infertilidad: **un copago de \$25 para un suministro de hasta 100 días.**
- Productos de aminoácidos modificados usados para tratar anomalías congénitas del metabolismo de los aminoácidos (como la fenilcetonuria): **sin cargo para un suministro de hasta 30 días.**
- Nutrición enteral elemental cuando se usa como terapia primaria para la enteritis local: **sin cargo para un suministro de hasta 30 días.**
- Tiras reactivas para cetonas y comprimidos o tiras reactivas para azúcar o cetonas para realizar análisis de orina para la diabetes: **sin cargo para un suministro de hasta 100 días.**
- Medicamentos para dejar de fumar: **sin cargo.** Para los medicamentos de venta libre, cubrimos hasta dos suministros de 100 días por año calendario.

Nota: Si los cargos por el medicamento, suministro o suplemento son menores al Copago o Coseguro, deberá pagar el monto que sea menor.

Lista de medicamentos que no pertenecen a la Parte D.

Nuestra lista de medicamentos que no pertenecen a la Parte D incluye una lista de medicamentos que nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica ha aprobado para nuestros miembros. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, que está compuesto principalmente por médicos y farmacéuticos del plan, selecciona los medicamentos para la lista de fármacos basándose en varios factores, entre ellos, la seguridad y la eficacia determinadas a partir de una revisión de la literatura médica. La lista de medicamentos recetados disponibles se actualiza mensualmente en función de la nueva información o de los nuevos medicamentos disponibles. Para saber qué medicamentos se encuentran en la lista de medicamentos recetados disponibles de su plan, consulte la lista de medicamentos recetados disponibles de California Commercial HMO en nuestro sitio web en kp.org/formulary (cambie el idioma a español). La lista de medicamentos recetados disponibles también menciona los requisitos o las limitaciones que se aplican a medicamentos específicos, por ejemplo, si existe un límite para la cantidad del medicamento que se puede entregar y si el medicamento debe obtenerse en determinadas farmacias especializadas. Si desea solicitar una copia de esta lista de medicamentos recetados disponibles, llame a Servicio a los Miembros. Importante: La inclusión de un medicamento en la lista de medicamentos recetados disponibles no significa necesariamente que se recete para una condición médica en particular.

Las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles le permiten obtener medicamentos recetados que no se encuentren en la lista (que no estén en la lista de medicamentos recetados para su afección), siempre que cuenten con la cobertura de su plan, como se describió anteriormente, y sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico. Si no está de acuerdo con la decisión del plan de salud respecto a que un medicamento recetado que no se encuentra en la lista de medicamentos recetados disponibles no está cubierto, puede presentar una queja formal tal como se establece en la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Continuidad de la administración de medicamentos.

Si esta *Evidencia de Cobertura* se enmienda para excluir algún medicamento cubierto y provisto a usted según esta *Evidencia de Cobertura*, el medicamento se le seguirá brindando si la ley exige una receta médica y un médico del plan continúa recetando el medicamento para la misma enfermedad, y su uso está autorizado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Acerca de los medicamentos especializados. Los medicamentos especiales son medicamentos de alto costo que están en nuestra lista de medicamentos especiales. Si su Médico del Plan le receta un suministro para más de 30 días de un medicamento para pacientes ambulatorios, es posible que pueda obtener un suministro para más de 30 días de una sola vez, hasta el límite de días de suministro de ese medicamento. Sin embargo, la mayoría de los medicamentos especializados están limitados a un suministro de 30 días en cualquier período de 30 días. La Farmacia del Plan puede informarle si un medicamento que usted toma está incluido entre estos medicamentos.

Programa de cupones para fabricantes. Respecto a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios o los artículos mencionados en la sección “Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare” descrita anteriormente que se obtienen en una farmacia del plan, puede ocupar cupones aprobados del fabricante como pago del Costo Compartido que debe, tal como lo permite el programa de cupones del plan de salud. Usted será responsable de cualquier cantidad adicional si el cupón no cubre el monto completo del Costo Compartido de su receta. Los cupones no son válidos para algunas coberturas del plan de salud. Puede obtener más información sobre las reglas y limitaciones del programa de cupones de Kaiser Permanente en kp.org/rxcoupons (cambie el idioma a español).

Revisión de utilización de medicamentos

Llevamos a cabo revisiones de utilización de medicamentos para asegurarnos de que usted reciba la atención apropiada y segura que necesita. Estas revisiones son especialmente importantes si más de un médico le receta medicamentos. Llevamos a cabo revisiones de utilización de medicamentos cada vez que surte una receta y de forma regular al revisar nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos detectar problemas en relación con los medicamentos, como:

- posibles errores en los medicamentos;
- medicamentos duplicados que no sean necesarios porque ya está usando otro medicamento similar para tratar la misma afección médica;
- medicamentos que no sean adecuados para su edad o sexo;
- posibles interacciones perjudiciales entre los medicamentos que esté tomando;
- alergias a medicamentos;
- errores en las dosis de los medicamentos;
- cantidades peligrosas de medicamentos analgésicos opioides.

Si detectamos un problema en relación con un medicamento durante nuestra revisión de utilización de medicamentos, trabajaremos con su médico para corregir el problema.

Programa de manejo de medicamentos

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

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

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

revisor independiente por fuera del plan. Consulte la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas” para obtener información sobre cómo presentar una apelación.

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

Programa de administración de terapia con medicamentos

Ofrecemos un programa de administración de terapia con medicamentos sin costo adicional para los miembros que tengan múltiples condiciones médicas, que estén tomando muchos medicamentos recetados y que tengan costos elevados de medicamentos. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló este programa para nosotros. Usamos este programa de administración de terapia con medicamentos para que nos ayude a ofrecer mejor atención a nuestros miembros. Por ejemplo, este programa nos ayuda a asegurarnos de que esté usando los medicamentos adecuados para tratar sus condiciones médicas, y a identificar posibles errores relacionados con los medicamentos.

Si lo seleccionan para inscribirse en un programa de administración de terapia con medicamentos, le enviaremos información sobre el programa específico, incluida información sobre cómo tener acceso al programa.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Equipos y suministros para realizar análisis de sangre para la diabetes, bombas de insulina y sus suministros (consulte “Equipo Médico Duradero [“DME”] para uso en el hogar”).
- Medicamentos cubiertos para su uso durante una estadía con cobertura en un hospital del plan o en un Centro de Enfermería Especializada (consulte “Atención para Pacientes Internos” y “Atención en un Centro de Enfermería Especializada”).
- Medicamentos recetados para controlar el dolor y los síntomas de enfermedades terminales para Miembros que reciben cuidados paliativos cubiertos (consulte “Cuidados Paliativos”).
- Equipo médico duradero para administrar medicamentos (consulte “Equipo Médico Duradero [“DME”] para uso en el hogar”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención a Pacientes Ambulatorios”).
- Vacunas cubiertas por Medicare Parte B (consulte “Servicios preventivos”).

Limitaciones de medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare

- El médico o dentista que extienda la receta determina la cantidad de un medicamento, suministro, artículo o suplemento recetado. Con relación al límite de días de suministro, los médicos

del plan determinan la cantidad de un producto que constituye un suministro necesario desde el punto de vista médico para usted (30 o 100 días). Luego de pagar el costo compartido que se especifica en la sección “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”, recibirá el producto recetado hasta el límite de días de suministro que también se indica en esta sección o en la lista de medicamentos recetados disponibles de su plan (consulte “Lista de medicamentos que no pertenecen a la Parte D” arriba). El máximo que puede recibir por vez para un producto cubierto puede ser de 30 días en un periodo de 30 días o de 100 días en un periodo de 100 días. Si desea recibir el producto para un período mayor al límite de días de suministro cubierto, deberá pagar Cargos por cualquier cantidad recetada que exceda este límite.

- Para la disfunción sexual, lo máximo que puede recibir de medicamentos recetados para el tratamiento ocasional de trastornos de disfunción sexual son ocho dosis en cualquier período de 30 días o hasta 27 dosis en cualquier período de 100 días.
- La farmacia puede reducir la cantidad de días de suministro que se dispensa con el Costo Compartido especificado en la sección “Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare” para cualquier medicamento a un suministro de 30 días en cualquier período de 30 días, si la farmacia determina que hay existencias limitadas del producto o para medicamentos específicos (la Farmacia del Plan podrá decirle si este es su caso).

Exclusiones de medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios no cubiertos por Medicare

- Cualquier empaque solicitado (como empaques de dosis) que no sea el habitual de la farmacia que lo surte.
- Productos preparados, a menos que el medicamento esté incluido en una de nuestras listas de medicamentos recetados disponibles o que la ley exija una receta médica para la venta de alguno de sus ingredientes.
- Medicamentos que se recetan para acortar la duración de un resfriado común.
- Medicamentos recetados para los que no hay equivalente de venta sin receta (la misma fórmula de ingrediente activo, concentración y dosificación que el medicamento recetado). Esta exclusión no se aplica a:
 - ◆ insulina;
 - ◆ todos los medicamentos para dejar de fumar y anticonceptivos de venta sin receta;
 - ◆ una clase completa de medicamentos recetados médica cuando un medicamento dentro de esa clase está disponible sin receta.
- Medicamentos recetados únicamente para bajar de peso, excepto cuando sean médicamente necesarios para el tratamiento de la obesidad mórbida. Podemos exigir a los miembros a los que se receten medicamentos para la obesidad mórbida que se inscriban en un programa integral de pérdida de peso

cubierto durante un período razonable antes de recibir el medicamento recetado o simultáneamente a la recepción de este.

Servicios preventivos

Ofrecemos cobertura para una variedad de Servicios Preventivos de acuerdo con las pautas de Medicare. La lista de Servicios Preventivos está sujeta a cambio por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Estos Servicios preventivos están sujetos a todos los requisitos de cobertura que se describen en la sección “Beneficios y su Costo Compartido” y a todas las cláusulas incluidas en la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”. Si tiene preguntas acerca de los servicios preventivos, por favor, llame a Servicio a los Miembros.

Importante: Si usted recibe algún otro servicio cubierto que no sea un servicio preventivo durante o después de una consulta que incluya servicios preventivos, deberá pagar los costos compartidos correspondientes a estos otros servicios. Por ejemplo, si los análisis o servicios de imágenes diagnósticas ordenados durante una consulta preventiva al consultorio no son preventivos, pagará el costo compartido correspondiente a esos servicios.

Su Costo Compartido. Deberá pagar lo siguiente por los Servicios preventivos con cobertura:

- Pruebas de detección de aneurisma de la aorta abdominal que se ordenan durante la visita preventiva “Bienvenido a Medicare” (por única vez): **sin cargo.**
- Visita para el bienestar anual: **sin cargo.**
- Medición de la masa ósea: **sin cargo.**
- Prueba de detección de cáncer de seno (mamografía): **sin cargo.**
- Consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares): **sin cargo.**
- Pruebas de enfermedades cardiovasculares: **sin cargo.**
- Prueba de detección de cáncer de cuello uterino y vaginal: **sin cargo.**
- Pruebas de detección de cáncer colorrectal, incluidas las sigmoidoscopias flexibles, las colonoscopias y las pruebas de sangre oculta en materia fecal: **sin cargo.**
- Detección de la depresión: **sin cargo.**
- Pruebas de detección de diabetes, incluidas las pruebas de glucosa en ayunas: **sin cargo.**
- Capacitación para el autocontrol de la diabetes: **sin cargo.**
- Prueba de detección del glaucoma: **sin cargo.**
- Prueba de detección del VIH: **sin cargo.**
- Vacunaciones (incluida la vacuna) con cobertura de Medicare Parte B, tales como las vacunas contra la Hepatitis B, la gripe, el neumococo y COVID-19 que se le apliquen en un Consultorio médico del plan: **sin cargo.**
- Prueba de detección de cáncer de pulmón: **sin cargo.**

- Terapia médica nutricional para la enfermedad renal y la diabetes: **sin cargo.**
- Programa de prevención de la diabetes de Medicare: **sin cargo.**
- Detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso constante: **sin cargo.**
- Exámenes de detección del cáncer de próstata, incluidos los exámenes rectales digitales y las pruebas de antígeno prostático específico (PSA): **sin cargo.**
- Examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo excesivo de alcohol: **sin cargo.**
- Examen de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas: **sin cargo.**
- Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco): **sin cargo.**
- Consulta preventiva de “Bienvenido a Medicare”: **sin cargo.**

Aparatos Protésicos y Ortésicos

Reglas de cobertura de los aparatos protésicos y ortésicos

Cubrimos los aparatos protésicos y ortésicos especificados en esta sección “Aparatos Protésicos y Ortésicos” si se cumplen todos los requisitos siguientes:

- El dispositivo es de uso general y repetido y se utiliza principal y habitualmente con propósitos médicos.
- El dispositivo es un aparato estándar que satisface de forma apropiada sus necesidades médicas.
- Usted recibe el dispositivo de un proveedor o vendedor que nosotros seleccionamos.
- Se le aprobó el artículo por medio del proceso de autorización previa del plan, como se describe en “Procedimiento de autorización del Grupo Médico para Determinadas Referencias” en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”.
- Los Servicios se proporcionan dentro del área de servicio. La cobertura incluye la adaptación y el ajuste de estos aparatos, su reparación o reemplazo y los Servicios necesarios para determinar si necesita un aparato protésico u ortésico. Si cubrimos el reemplazo del dispositivo, usted pagará el Costo Compartido que pagaría por obtener el dispositivo.

Aparatos protésicos y ortésicos básicos

Si se cumplen todos los requisitos descritos en “Reglas de cobertura de los aparatos protésicos y ortésicos” de la sección “Aparatos Protésicos y Ortésicos”, cubriremos los artículos descritos en esta sección “Aparatos protésicos y ortésicos básicos”.

Dispositivos de implantación interna. Cubrimos los aparatos protésicos y ortésicos, como los marcapasos, los lentes intraoculares, los implantes cocleares, los dispositivos auditivos integrados al hueso y las

articulaciones de cadera, de acuerdo con las pautas de Medicare, si se implantan durante una cirugía cubierta según otra sección de la sección de “Beneficios y su Costo Compartido”. Ofrecemos cobertura para estos dispositivos **sin cargo**.

Aparatos externos. Ofrecemos cobertura **sin cargo** de los siguientes aparatos protésicos y ortésicos externos:

- Aparatos protésicos y ortésicos de acuerdo con las pautas de Medicare. Se incluyen, entre otros, correctores dentales, zapatos protésicos, extremidades artificiales y zapatos terapéuticos para enfermedad del pie grave relacionada con la diabetes de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Aparatos protésicos y la instalación de accesorios para restablecer el habla tras la remoción parcial o total de la laringe (la cobertura no incluye las máquinas generadoras de voz electrónica, que no son aparatos protésicos).
- Prótesis, después de la extirpación total o parcial de un seno necesaria desde el punto de vista médico, incluidas aquellas hechas a la medida cuando sean necesarias desde el punto de vista médico.
- Dispositivos de podología (incluido el calzado) para prevenir o tratar las complicaciones relacionadas con la diabetes cuando los receta un médico del plan o un proveedor del plan que es un podólogo.
- Prendas de compresión para quemaduras y vendajes, o prendas para linfedema.
- Fórmula entérica para los Miembros que se alimentan a través de alimentación parenteral, según las pautas de Medicare.
- Bombas enterales y suministros.
- Tubo de traqueostomía y suministros.
- Prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una sección externa del rostro que se haya dañado o extirpado debido a una enfermedad, lesión o defecto congénito.

Otros aparatos protésicos y ortésicos cubiertos

Si se cumplen todos los requisitos descritos en el título “Reglas de cobertura de los aparatos protésicos y ortésicos” de la sección “Aparatos Protésicos y Ortésicos”, cubriremos los siguientes artículos descritos en la sección “Otros Aparatos Protésicos y Ortésicos Cubiertos”:

- aparatos protésicos necesarios para reemplazar una parte o la totalidad de un órgano o extremidad, de conformidad con las pautas de Medicare;
- dispositivo de erección por vacío para disfunción sexual;
- ciertas botas quirúrgicas después de la cirugía cuando se proporcionan durante una visita ambulatoria;
- aparatos ortésicos requeridos para dar apoyo o corregir una parte del cuerpo con defectos de acuerdo con las pautas de Medicare.

Su Costo compartido. Deberá pagar lo siguiente por otros aparatos protésicos y ortésicos cubiertos: **sin cargo**. En el caso de los dispositivos protésicos

y ortopédicos implantados internamente, paga el Costo compartido del procedimiento de implantación del dispositivo. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica para la cirugía de pacientes ambulatorios, consulte “Atención a pacientes ambulatorios” en la sección “Beneficios y Costos Compartidos”.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Anteojos y lentes de contacto, incluidos lentes de contacto para tratar la aniridia o la afaquia (consulte “Servicios para la vista”).
- Artículos para la visión después de una cirugía de catarata (consulte “Servicios para la vista”).
- Audífonos, excepto los dispositivos implantados internamente que se describen en esta sección (consulte “Servicios para la audición”).
- Implantes inyectables (consulte “Medicamentos y productos administrados” bajo el título “Atención a pacientes ambulatorios”).

Exclusiones en los aparatos protésicos y ortésicos

- Aparatos dentales.
- Suministros que no sean rígidos, sin cobertura de Medicare, tales como medias elásticas y pelucas, excepto como se describió anteriormente en la sección “Aparatos Protésicos y Ortésicos” y en la sección “Suministros para ostomía, urología y cuidado especializado de heridas”.
- Elementos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo.
- Reparación o reemplazo del dispositivo debido a mal uso.
- Zapatos, plantillas o soportes de arco, o cualquier otro calzado incluso si se fabrica a la medida, excepto el calzado descrito anteriormente en la sección “Aparatos Protésicos y Ortésicos” para las complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Aparatos protésicos y ortésicos no diseñados para realizar actividades normales de la vida diaria (incluidos los aparatos diseñados para ofrecer soporte adicional para realizar actividades recreativas y deportivas).
- Lentes intraoculares no convencionales después de una cirugía de catarata (por ejemplo, lentes intraoculares para la corrección de la presbicia). Si lo solicita, podemos colocarle IOL para la corrección de la presbicia o IOL para la corrección del astigmatismo después de una cirugía de cataratas en vez de IOL convencionales. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre los Cargos de las lentes intraoculares no convencionales y los servicios relacionados y los Cargos para la colocación de las lentes intraoculares convencionales después de una cirugía de cataratas.

Cirugía reconstructiva

Cubrimos los siguientes servicios de cirugía reconstructiva:

- Cirugía reconstructiva para corregir o reparar estructuras corporales anormales provocadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades, si un médico del plan determina que es necesaria para mejorar la función o crear una apariencia normal, dentro de lo posible.

- Luego de la extirpación total o parcial de un seno, necesaria desde el punto de vista médico, ofrecemos cobertura para la reconstrucción del seno, para la cirugía y reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica y para el tratamiento de las complicaciones físicas, incluidos los linfedemas.

Su Costo Compartido. Deberá pagar lo siguiente para los servicios con cobertura de cirugía reconstructiva:

- Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios si se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o quirófano de un hospital (o en cualquier otro lugar) si un miembro autorizado del personal monitorea sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de recibir medicamentos para aliviar el dolor y minimizar el malestar: **un copago de \$20 por procedimiento.**
- Cualquier otra cirugía ambulatoria que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe en el texto anterior: **un copago de \$20 por procedimiento.**
- Cualquier otro procedimiento ambulatorio que no requiera que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba: **el Costo Compartido que se aplicaría para el procedimiento** según la sección “Beneficios y su Costo Compartido” (por ejemplo, los procedimientos radiológicos que no requieren que un miembro autorizado del personal monitoree sus signos vitales, tal como se describe más arriba, tienen cobertura de acuerdo con la cláusula “Diagnóstico por Imágenes, Análisis de Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Servicios para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, medicamentos, imágenes diagnósticas, análisis de laboratorio, otros Servicios de diagnóstico y tratamiento, y Servicios de médicos del plan): **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Visitas al consultorio no descritas en la sección “Cirugía Reconstructiva” (consulte “Atención a Pacientes Ambulatorios”).
- Imágenes diagnósticas y análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención a Pacientes Ambulatorios”).
- Aparatos protésicos y ortésicos (consulte “Aparatos protésicos y ortésicos”).
- Visitas de telesalud (consulte “Visitas de Telesalud”).

Exclusiones de la cirugía reconstructiva

- Cirugía que, a juicio del médico del plan especialista en cirugía reconstructiva, ofrezca solo una mejora mínima de la apariencia.

Servicios de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud

Nuestro plan ofrece cobertura de la atención administrada en una Institución religiosa no médica de cuidado de la salud (Religious Nonmedical Health Care Institution, RNHCI) con certificación de Medicare, en ciertas condiciones. Los servicios cubiertos en una RNHCI se limitan a los aspectos no religiosos de la atención. Para reunir los requisitos para recibir los servicios cubiertos en una RNHCI, debe tener una condición médica que le permita recibir atención para pacientes hospitalizados o atención en un Centro de Enfermería Especializada. Puede recibir Servicios administrados en el hogar, pero solamente artículos y Servicios que se administren habitualmente por agencias de atención de salud domiciliaria que no sean RNHCI. Además, debe firmar un documento legal que indique que se opone conscientemente a recibir tratamiento médico “no exceptuado”. (Un tratamiento médico “exceptuado” se refiere a un Servicio o tratamiento que usted recibe de forma involuntaria o que es obligatorio conforme a una ley local, estatal o federal. El tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier otro Servicio o tratamiento). No cubrimos su estadía en una RNHCI, a menos que obtenga nuestra autorización (aprobación) por anticipado.

Importante: Los Servicios cubiertos están sujetos a las mismas limitaciones y Costos Compartidos requeridos para los Servicios que proporcionen los Proveedores del Plan según se describe en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Servicios asociados con ensayos clínicos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare pagará la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que está participando en un ensayo clínico aprobado, solo será responsable del costo compartido de la red por los servicios que reciba en ese ensayo. Si pagó más de lo que debía, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido de la red. Sin embargo, necesitará proporcionar documentación para mostrarnos el monto que pagó. Mientras esté en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención médica (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio del plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no necesita informarnos u obtener nuestra aprobación ni la del proveedor del plan. No es necesario que los proveedores que lo atienden como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. Aunque no necesita una autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación

clínica, le alentamos a informarnos por anticipado cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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

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

- habitación y alimentación durante la hospitalización, que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio;
- una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación;
- el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones asociados al nuevo tipo de atención.

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

Puede obtener más información acerca de cómo participar en un estudio de investigación clínica si visita el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación Medicare y los estudios de investigación clínica. (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov>). También puede llamar a: **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, siete días a la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al **1-877-486-2048**.

Exclusiones en los Servicios asociados con ensayos clínicos

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

- El artículo o servicio nuevo a prueba en el estudio, a menos que este artículo o servicio tuviese cobertura de Medicare incluso si usted no participara en un estudio.
- Los artículos o servicios que reciba únicamente para obtener información y que no se usen para la atención médica directa.
- Los servicios de atención médica habitualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita a cualquier persona inscrita en el ensayo clínico.
- Artículos y servicios proporcionados únicamente para determinar la elegibilidad para el ensayo clínico.

Atención en un centro de enfermería especializada

Dentro de nuestra Área de Servicio, ofrecemos cobertura de hasta 100 días por período de beneficios para servicios especializados para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada del Plan, de acuerdo con las pautas de Medicare. Generalmente, estos servicios deben ser proporcionados por un centro de enfermería especializada, cuyo nivel debe ser superior al de la atención de custodia o médica intermedia.

Un período de beneficios comienza en la fecha en que lo admitan a un hospital o Instalación de Enfermería Especializada con un nivel de tratamiento especializado (definido de acuerdo con las pautas de Medicare). Un período de beneficios termina en la fecha en que ya no sea un paciente hospitalizado en un hospital o un Centro de enfermería especializada en el que recibe un nivel de atención especializado, durante 60 días consecutivos. Un nuevo período de beneficio solo puede comenzar después de que se haya terminado cualquier período de beneficios existente. No es necesaria una hospitalización previa de tres días en un hospital de atención de problemas médicos agudos. Nota: Si su Costo Compartido cambia durante un período de beneficios, usted continuará pagando la cantidad anterior del Costo Compartido hasta que comience un nuevo período de beneficios.

Ofrecemos cobertura para los siguientes servicios:

- Servicios médicos y de enfermería;
- habitación y alimentación;
- medicamentos recetados por un médico del plan como parte de su plan de atención en un Centro de enfermería especializada del plan, según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, si son administrados por personal médico en esa instalación;
- equipo médico duradero según nuestro procedimiento de autorización previa si un Centro de enfermería especializada generalmente proporciona el equipo (consulte “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” en el título “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”);
- servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas que generalmente proporcionan los Centros de enfermería especializada;
- servicio médico-social;
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración;
- suministros médicos;
- fisioterapia, terapia ocupacional y del habla de acuerdo con las pautas de Medicare;
- terapia respiratoria.

Su Costo Compartido. Cubrimos estos Servicios en Centro de enfermería especializada **sin cargo**.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios de imágenes diagnósticas, laboratorio y otros Servicios de diagnóstico y tratamiento para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).

Atención en un Centro de enfermería especializada fuera del plan

Por lo general, usted recibirá su atención en un centro de enfermería especializada en centros del plan. Sin embargo, en ciertas condiciones que se mencionan a continuación, es posible que reciba la atención cubierta en un centro que no pertenezca al plan, si el centro acepta como pago las cantidades de nuestro plan.

- Un centro de adultos mayores o una comunidad de retiro de atención continua en la que usted haya vivido hasta justo antes de que fuera al hospital (siempre y cuando esta proporcione atención de un centro de enfermería especializada).
- Un Centro de enfermería especializada donde vive su cónyuge cuando usted deja el hospital.

Tratamiento del trastorno por abuso de sustancias

Cubrimos los Servicios especificados en la sección “Tratamiento de trastorno por abuso de sustancias” solamente cuando los Servicios son para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de trastorno por abuso de sustancias. Un “Trastorno por Consumo de Sustancias” es una condición identificada como un “trastorno por consumo de sustancias” en la edición más reciente del Manual estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, “DSM”).

Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias como paciente ambulatorio

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios de tratamiento de trastornos por abuso de sustancias:

- programas de tratamiento diurno;
- asesoramiento individual y grupal sobre los trastornos por abuso de sustancias por parte de un profesional clínico de salud calificado, incluido un terapeuta matrimonial, familiar e infantil;
- Programas intensivos para pacientes externos.
Tratamiento médico para los síntomas de abstinencia

Su Costo Compartido. Debe pagar lo siguiente para recibir estos servicios cubiertos:

- Evaluación y tratamiento individual del trastorno por abuso de sustancias; **un copago de \$20 por consulta.**
- Tratamiento grupal del trastorno por abuso de sustancias; **un copago de \$5 por consulta.**
- Programas intensivos para pacientes ambulatorios y tratamiento diurno; **un un copago de \$5 por día.**

Tratamiento residencial.

Dentro de nuestra Área de servicio, cubrimos los siguientes Servicios cuando se los proporciona en un centro de tratamiento residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado de trastornos por abuso de sustancias las 24 horas, los Servicios son provistos de manera general y habitual a través de un programa de tratamiento residencial de trastornos por abuso de sustancias en un centro de tratamiento residencial autorizado, y los Servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:

- asesoramiento individual y grupal sobre el abuso de sustancias;
- servicios médicos;
- revisión de medicamentos;
- habitación y alimentación;
- medicamentos recetados por un proveedor del plan como parte de su plan de atención en el centro de tratamiento residencial de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles en un hospital si se los administra el personal médico en el centro (para ver información sobre los medicamentos que se recetan cuando recibe el alta del centro de tratamiento residencial, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”);
- programación del alta hospitalaria.

Su Costo Compartido. Cubrimos los Servicios de tratamiento residencial del trastorno por abuso de sustancias **sin cargo.**

Desintoxicación para pacientes hospitalizados

Ofrecemos cobertura para la hospitalización en un Hospital del Plan solo para el control médico de los síntomas de abstinencia, incluidos habitación y alimentación, servicios de un Médico del Plan, medicamentos, Servicios para recuperarse de la dependencia, educación y asesoramiento.

Su Costo Compartido. Cubrimos los servicios de desintoxicación para pacientes hospitalizados **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”)
- Medicamentos autoadministrados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”)
- Visitas de telesalud (consulte “Visitas de Telesalud”)

Consultas de Telesalud

Las Visitas de Telesalud entre usted y su proveedor tienen la finalidad de facilitar que usted obtenga los Servicios cubiertos, cuando un Proveedor del Plan determine que son apropiados desde el punto de vista médico para su condición médica. Tiene la opción de recibir estos servicios a través de una visita en persona o a través de telesalud. Puede recibir Servicios cubiertos mediante Consultas de Telesalud cuando estén disponibles y si los servicios hubieran estado cubiertos por esta *EOC* si se hubieran brindado en persona. Si elige recibir Servicios a través de telesalud, debe usar un Proveedor del Plan que actualmente ofrezca el servicio a través de telesalud. Ofrecemos los siguientes Servicios de telesalud:

- Servicios de telesalud para consultas mensuales relacionadas con la insuficiencia renal crónica en fase terminal para miembros de diálisis domiciliaria en el centro de diálisis renal de un hospital o de un hospital de cuidado crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un ataque cerebral, independientemente de su ubicación.
- Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por abuso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación.
- Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los trastornos de salud mental en los siguientes casos:
 - ◆ Tiene una consulta en persona en el plazo de los 6 meses anteriores a su primera consulta de telesalud.
 - ◆ Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud.
 - ◆ Se pueden hacer excepciones a los casos anteriores en ciertas circunstancias.
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud que satisfacen los requisitos federales.
- Evaluaciones virtuales (por ejemplo, por teléfono o consulta por video) con su médico durante 5 a 10 minutos en los siguientes casos:
 - ◆ Usted no es un paciente nuevo.
 - ◆ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días.
 - ◆ Que la evaluación no implique una visita al consultorio dentro de las próximas 24 horas o la cita más próxima disponible
- Evaluación de video o imágenes que envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas en los siguientes casos:
 - ◆ Usted no es un paciente nuevo.
 - ◆ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días.
 - ◆ La evaluación no da lugar a una visita al consultorio en un plazo de 24 horas o la cita más próxima disponible.

- Las consultas que su médico tenga con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica.

Su Costo Compartido. Usted paga los siguientes tipos de Visitas de Telesalud con Médicos de Atención Primaria, Especialistas No Médicos y Especialistas Médicos:

- Consultas interactivas por video: **sin cargo.**
- Consultas telefónicas programadas: **sin cargo.**

Servicios de trasplante

Ofrecemos cobertura para trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea de acuerdo con las pautas de Medicare y si el grupo médico proporciona una referencia escrita para recibir atención en un centro de trasplantes, como se describe en “Procedimiento de autorización del grupo médico para determinadas referencias” en “Cómo obtener una referencia” en la sección “Cómo obtener servicios”.

Después de recibir una referencia para acudir a un centro de trasplantes, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- Si el grupo médico o el centro al que se le refiera determinan que no cumple los respectivos criterios para un trasplante, cubriremos solamente los Servicios que reciba antes de que se tome la determinación.
- Ni el plan de salud, los hospitales del plan, el grupo médico ni los médicos del plan serán responsables de encontrar, suministrar o asegurar la disponibilidad de un donante de órganos, tejidos o médula ósea.
- Según nuestras pautas de Servicios para donantes vivos, proporcionamos al donante, o a una persona que Medical Group identifique como posible donante, ciertos Servicios relacionados con la donación, aunque éste no sea Miembro. Estos servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante con cobertura, y pueden incluir servicios para la obtención de órganos, tejidos, médula ósea y para el tratamiento de posibles complicaciones. Por favor, llame a Servicio a los Miembros para obtener información detallada sobre los servicios de donantes.

Su Costo Compartido. Para los Servicios de trasplante cubiertos que reciba, pagará el **Costo Compartido que debería pagar si los Servicios no estuvieran relacionados con un trasplante.** Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica para los servicios a pacientes hospitalizados, consulte “Servicios a pacientes hospitalizados” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Brindaremos o cubriremos **sin costo** los Servicios relacionados con la donación para donantes posibles o reales (incluso si no son Miembros) conforme a nuestras pautas de Servicios para donantes.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Servicios dentales necesarios para la preparación de un trasplante necesarios desde el punto de vista médico (consulte “Servicios Dentales y de Ortodoncia”).

- Imágenes diagnósticas y análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte “Servicios de Imágenes Diagnósticas, Laboratorio y Otros Servicios de Diagnóstico y Tratamiento para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios”).
- Medicamentos administrados para pacientes ambulatorios (consulte “Atención a Pacientes Ambulatorios”).

Servicios de transporte

Ofrecemos cobertura para un máximo de 24 viajes sencillos (50 millas por viaje) por año calendario si cumple las siguientes condiciones:

- Usted viaja de ida y vuelta a un proveedor de la red cuando lo proporcione nuestro proveedor de transporte designado. Cada parada contará para completar un viaje.
- El viaje corresponde a los Servicios cubiertos por esta *Evidencia de Cobertura*.

Para los viajes de más de 50 millas, necesitará la aprobación de un proveedor que indique la necesidad médica de viajar a un lugar que supere este límite.

Para solicitar **transporte no médico (transporte compartido, taxi o transporte privado)**, llame a nuestro proveedor de transporte al **1-877-930-1477 (TTY 711)**, lunes a viernes, de 5 a. m. a 6 p. m. También puede crear una cuenta con nuestro proveedor de transporte y programar viajes en línea en **medicaltrip.net** o a través de su aplicación móvil.

Si necesita utilizar un **transporte médico no urgente (camioneta para silla de ruedas o camioneta camilla)** porque física o médicamente no puede acudir a su cita médica en un medio de transporte no médico (transporte compartido, taxi o transporte privado), llame al **1-833-226-6760 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.

Llame por lo menos tres días hábiles antes de su cita o lo antes posible cuando tenga una cita urgente. Cuando llame, deberá contar con todo lo siguiente:

- su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente;
- la fecha y hora de sus citas médicas;
- la dirección donde necesita que lo pasen a buscar y la dirección a la que se dirige;
- si necesitará servicios de transporte para el viaje de vuelta;
- si alguien viajará con usted (por ejemplo, el padre, la madre, el tutor legal o el cuidador).

Su Costo Compartido: Debe pagar lo siguiente para recibir el transporte cubierto: **sin cargo**.

Para los siguientes Servicios, consulte esta sección:

- Servicios de ambulancia de emergencia y que no sean de emergencia (consulte “Servicios de Ambulancia”).

Exclusiones del Servicios de transporte

No se proporcionará transporte en los siguientes casos:

- El viaje no es un Servicio cubiertos por esta *Evidencia de Cobertura*.

Servicios para la vista

Ofrecemos cobertura de lo siguiente:

- Exámenes de los ojos de rutina con un optometrista del plan para determinar si son necesarias las medidas correctivas (incluidos los Servicios de dilatación, cuando son Necesarios desde el punto de vista médico) y proporcionar una receta para lentes de anteojos: **un copago de \$20 por consulta**.
- Consultas con especialistas médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades de los ojos: **un copago de \$20 por consulta**.
- Consultas con especialistas no médicos para diagnosticar y tratar lesiones o enfermedades de los ojos: **un copago de \$20 por consulta**.

Servicios de óptica

Cubrimos los Servicios que se describen en la sección “Servicios ópticos” al prestarse en los Consultorios Médicos del Plan o las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan.

La fecha en la que proporcionamos una Asignación para (o cubrimos) un artículo según la sección “Servicios Ópticos” es la fecha en la que usted pide el artículo. Por ejemplo, si otorgamos por última vez una Asignación para un artículo que ordenó el 1.º de mayo de 2023, y si otorgamos una Asignación como máximo una vez cada 24 meses para ese tipo de artículo, no podríamos otorgarle otra Asignación para ese tipo de artículo hasta el 1, 2025. Puede usar las Asignaciones de la sección “Servicios Ópticos” solamente cuando ordene un artículo por primera vez. Si utiliza solo parte de una Asignación cuando ordena un artículo por primera vez, no podrá utilizar el resto de la Asignación después.

Anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de catarata

Ofrecemos cobertura **sin cargo** de un par de anteojos o lentes de contacto (incluida la adaptación o la dispensación) después de cada cirugía de catarata que incluya la inserción de una lente intraocular en un Consultorio médico del plan o en una oficina de venta de productos ópticos del plan cuando la indique un médico o un optometrista. Cuando sea necesario realizar varias cirugías de cataratas, y usted no obtenga anteojos o lentes de contacto entre los procedimientos, solamente cubriremos un par de anteojos o de lentes de contacto después de alguna de las cirugías. Si compra un artículo para la vista que cueste más que la cantidad que cubra Medicare para una persona con Original Medicare (también llamado “Medicare de pago por Servicio”), usted debe pagar la diferencia.

Lentes de contacto especiales

Ofrecemos cobertura de lo siguiente:

- Hasta dos lentes de contacto por ojo cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la entrega) en cualquier período de 12 meses para el tratamiento de la aniridia (ausencia del iris) cuando los receta un Médico o un Optometrista del Plan: **sin cargo**.
- De acuerdo con las pautas de Medicare, ofrecemos cobertura de lentes correctivos (incluidas la adaptación y la dispensación de lentes de contacto) y marcos (y reemplazos) para los Miembros con afaquia (por ejemplo, que han tenido cirugía de cataratas, pero no se les ha implantado una lente intraocular (Intraocular Lens, IOL) o que tengan ausencia congénita del cristalino): **sin cargo**.
- En el caso de las lentes de contacto especiales que aportan una mejoría significativa de la visión, que no pueden aportar las lentes de anteojos, cubriremos un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la entrega) o un suministro inicial de lentes de contacto desechables (hasta seis meses, incluidas la adaptación y la entrega) cada 12 meses **sin cargo**.

Anteojos y lentes de contacto

Proporcionamos una **Asignación de \$150** para la compra de un armazón de anteojos no más de una vez cada 24 meses cuando un proveedor del plan coloca dos lentes (al menos uno debe tener valor refractivo) en el armazón.

Cubrimos un par de lentes para gafas regulares **sin cargo** no más de una vez cada 12 meses cuando los receta un médico o un optometrista y un proveedor del plan coloca los lentes en el armazón de los anteojos.

No proporcionaremos una Asignación para armazones de anteojos (ni cubriremos de otro modo) si proporcionamos una Asignación para armazones de anteojos (o cubrimos de otro modo) en los 24 meses anteriores. Cubrimos un lente corrector transparente cuando solo necesita corrección un ojo. Cubrimos los lentes tintados cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.

Las “Lentes de anteojos regulares” son lentes que cumplen todos los requisitos que se indican a continuación:

- Son lentes plásticos transparentes CR-39.
- Al menos una de las dos lentes tienen un valor de refracción.
- Son unificales estándar, alineados multifocales, multifocales progresivos básicos o lenticulares.

Lentes y tratamientos opcionales

Cubrimos el costo total de lentes de los anteojos regulares. Si elige los siguientes lentes o tratamientos de lentes opcionales, usted será responsable de pagar el costo adicional de las opciones:

- capa antirreflejante;
- capa de color y lentes tintados;
- lentes “Trivex” con un índice de refracción de 1.53;

- lentes con superíndice con un índice de refracción de 1.67 o 1.74;
- capa de espejo;
- lentes de policarbonato;
- lentes fotocromáticos;
- lentes multifocales progresivos;
- capa de protección contra rayaduras;
- lentes con protección ultravioleta (UV).

Si prefiere lentes de contacto en lugar de anteojos y armazón, proporcionamos una **Asignación de \$150** para la compra de lentes de contacto con valor refractivo (incluidas la adaptación y la entrega) no más de una vez cada 12 meses cuando los receta un médico o un optometrista.

Para los siguientes Servicios, consulte estas secciones:

- Los Servicios relacionados con los ojos o la vista, excepto los Servicios cubiertos conforme a la sección “Servicios para la Vista”, como la cirugía ambulatoria y los medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte el título que corresponda en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”).

Exclusiones en los servicios para la vista

- Adornos para los anteojos o lentes de contacto, como grabados, facetados y aplicaciones con joyas.
- Artículos que no requieren receta médica por ley (además de los marcos para anteojos), como sujetadores, estuches para anteojos y equipos de reparación.
- Lentes y anteojos de sol sin valor refractivo, excepto los que se describen en la sección “Servicios para la vista”.
- Dispositivos para personas con visión disminuida:
- reemplazo de marcos, lentes para anteojos y lentes de contacto perdidos, rotos o dañados;

Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones

Exclusiones

Los servicios y artículos incluidos en la lista de la sección “Exclusiones” no tienen cobertura. Estas exclusiones aplican para todos los Servicios que, de otra manera, estarían cubiertos por esta *EOC*, incluso si los servicios están dentro del ámbito de la licencia o certificación de un proveedor. Las Exclusiones adicionales que se aplican solamente a un beneficio en particular, se enumeran en la descripción de dicho beneficio en esta *EOC*. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los Servicios que sean Necesarios desde el punto de vista médico para tratar Enfermedades mentales graves o Trastornos emocionales graves de un menor de 18 años.

Algunos exámenes y servicios

Exámenes físicos rutinarios y otros Servicios que no son Necesarios Desde el Punto de Vista Médico, tales como los necesarios (1) para obtener o conservar el empleo o para participar en programas para empleados, (2) para obtener seguros, credenciales o licencias, (3) para viajes, o (4) solicitados por orden judicial para obtener libertad condicional o período de prueba.

Servicios quiroprácticos

Los Servicios quiroprácticos y los Servicios de un quiropráctico, excepto la manipulación manual de la columna vertebral tal como se describe en “Atención a pacientes ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido” o a menos que tenga cobertura para Servicios quiroprácticos adicionales tal como se describa en una enmienda a esta *Evidencia de Cobertura*.

Servicios estéticos

Los servicios que tienen como fin principal cambiar o mantener la apariencia, incluida la cirugía estética (cirugía que se lleva a cabo para modificar o dar otra forma a las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia), a excepción de que esta exclusión no aplica para ninguno de los siguientes:

- Servicios cubiertos bajo el título “Cirugía Reconstructiva” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.
- Los siguientes dispositivos cubiertos bajo el título “Aparatos Protésicos y Ortésicos” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”: implantes testiculares como parte de una cirugía reconstructiva cubierta, prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía o tumorectomía, y prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una parte externa del cuerpo.

Atención de custodia

Asistencia con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse y tomar medicamentos).

Esta exclusión no se aplica a la asistencia con actividades de la vida diaria que se proporcione como parte de los cuidados paliativos cubiertos para Miembros que no tengan la Parte A, a los servicios de Centros de Enfermería Especializada ni a la atención para pacientes hospitalizados.

Atención dental

Atención dental y radiografías dentales, tales como Servicios dentales después de un accidente que lesione los dientes, aparatos e implantes dentales, ortodoncias y Servicios dentales derivados de un tratamiento médico, tal como cirugía de mandíbula y radioterapia, excepto los Servicios cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare o en el título “Servicios dentales” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Suministros desechables

Suministros desechables para uso doméstico como vendas, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, vendajes, vendajes elásticos, pañales, apósitos y cualquier otro suministro para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare o en los títulos “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio”, “Cuidados Paliativos”, “Suministros para Ostomía, Urología y Cuidado de las Heridas”, “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” y “Aparatos Protésicos y Ortésicos” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Servicios experimentales o de investigación

Un Servicio es experimental o de investigación si, en consulta con el Grupo Médico, determinamos que se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Los estándares médicos generalmente aceptados no lo reconocen como seguro y eficaz para el tratamiento de la enfermedad en cuestión (incluso si ya ha sido autorizado por las leyes vigentes para su uso en pruebas o en otros estudios en pacientes humanos).
- Requiere de aprobación gubernamental que aún no se ha obtenido en el momento en que debe proporcionarse el servicio.

Tratamiento para el crecimiento o la pérdida del cabello

Servicios y artículos para promover, evitar o tratar de alguna forma la pérdida del cabello o favorecer el crecimiento.

Atención intermedia

Cuidados que se brindan en un centro de atención intermedia autorizado. Esta exclusión no se aplica a los servicios cubiertos bajo los títulos “Equipo Médico Duradero (DME) para Uso en el Hogar”, “Atención Médica a Domicilio” y “Cuidados Paliativos” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Artículos y servicios que no están relacionados con la atención médica

Por ejemplo, no cubrimos lo siguiente:

- enseñanza de modales y etiqueta;
- servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y de proyectos o tareas;
- artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas;
- Servicios de capacitación o apoyo para aumentar la inteligencia;
- capacitación académica o clases particulares de gramática, matemáticas y administración del tiempo;
- enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene dislexia;
- exámenes educativos;
- enseñanza de arte, danza, montar a caballo, tocar un instrumento o nadar;
- enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales;
- capacitación vocacional o enseñanza de habilidades profesionales;
- cursos de crecimiento profesional;

- capacitación para un trabajo específico o un asesoramiento laboral;
- terapia acuática y otra hidroterapia, excepto cuando se indique como parte de un programa de fisioterapia de acuerdo con las pautas de Medicare.

Artículos y servicios para corregir defectos refractivos del ojo

Artículos y servicios (como cirugía del ojo o lentes de contacto para cambiar la forma del ojo) con el objetivo de corregir defectos refractivos del ojo como miopía, hiperopía o astigmatismo.

Terapia de masajes

Terapia de masajes y servicios de masajistas.

Productos para la nutrición por vía oral y la pérdida de peso

Nutrición por vía oral para pacientes ambulatorios, tales como suplementos alimenticios o herbales, leche maternizada, alimentos y productos para la pérdida de peso.

Esta exclusión no aplica a ninguno de los siguientes:

- productos modificados con aminoácidos y nutrición enteral elemental cubiertos en el título “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y Su Costo compartido”;
- fórmula enteral cubierta conforme al título “Aparatos Protésicos y Ortésicos” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”.

Atención residencial

Atención en un centro donde permanezca durante la noche, excepto que esta exclusión no se aplica si la estadía de una noche forma parte de la atención cubierta que reciba en un hospital o en un Centro de enfermería especializada, la atención de relevo para pacientes hospitalizados cubierta en la sección “Cuidados paliativos” para miembros que no tienen la Parte A o los Servicios de un programa de tratamiento residencial cubiertos en virtud de las secciones “Tratamiento del trastorno por abuso de sustancias” y “Servicios de salud mental”

Artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies

Los artículos y servicios de cuidado rutinario de los pies, excepto los Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare.

Servicios sin aprobación de la Administración de Fármacos y Alimentos federal

Medicamentos, suplementos, pruebas, vacunas, dispositivos, materiales radioactivos y todo otro Servicio que por ley deba contar con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) federal para su venta en EE. UU., pero que no cuente con tal aprobación. Esta exclusión se aplica a los Servicios que se prestan en cualquier lugar, incluso fuera de Estados Unidos, a menos que los Servicios tengan cobertura en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia”.

Servicios y artículos no cubiertos por Medicare

Servicios y artículos que no estén cubiertos por Medicare, incluidos los servicios y artículos que no sean razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares del plan Original Medicare, a menos que esos Servicios se mencionen de otra forma en esta *Evidencia de Cobertura* como Servicio cubierto.

Servicios brindados por personas no autorizadas

Servicios realizados de forma segura y eficaz por personas que no necesitan licencias ni certificados estatales para prestar servicios de atención médica, y en los casos en que la afección del Miembro no requiera que los servicios lo preste un proveedor de atención médica autorizado.

Servicios relacionados con un Servicio sin cobertura

Cuando un Servicio no tiene cobertura, se excluyen todos los Servicios relacionados con él, excepto los que de otra forma estarían cubiertos para el tratamiento de complicaciones del Servicio sin cobertura o si están cubiertos de acuerdo con las pautas de Medicare. Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética sin cobertura, no cubrimos los Servicios que usted recibe durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier Servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Embarazo por Encargo de Terceros

Son servicios que se prestan a una persona en relación con un acuerdo de maternidad subrogada, excepto por los servicios que de otra forma tienen cobertura y se proveen a un Miembro que es madre subrogada. Consulte “Acuerdos de maternidad subrogada” en el título “Reducciones” de la sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones” para obtener información sobre sus obligaciones con nosotros en relación con un Acuerdo de maternidad subrogada, incluida su obligación de reembolsarnos por los Servicios que cubramos y de proporcionarnos información sobre cualquier persona que pudiera ser económicamente responsable de los Servicios que el bebé (o los bebés) reciban.

Gastos por viajes y alojamiento

Los gastos por viaje y alojamiento, excepto como se describe en la descripción de nuestro Travel and Lodging Program. La descripción del Programa de Traslados y Alojamiento (Travel and Lodging Program) está disponible en línea en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (cambie el idioma a español) o llame a Servicio a los Miembros.

Limitaciones

Haremos todo lo posible para proporcionar o coordinar Servicios cubiertos conforme a la disponibilidad de centros o el personal en el caso de presentarse alguna circunstancia inusual que retrase o impida proporcionar en forma práctica un Servicio conforme a esta *EOC*,

como por ejemplo grandes desastres, epidemias, guerras, disturbios, insurrección civil, imposibilidad de trabajar de gran parte del personal de un Centro de atención del plan, destrucción parcial o total de las instalaciones y conflictos laborales. Bajo esas circunstancias, si tiene una Condición Médica de Emergencia, llame al 911 o acuda al Departamento de Emergencias más cercano según se describe en “Servicios de Emergencia” de la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” y le ofreceremos cobertura y un reembolso según se describe en esa sección. Las exclusiones adicionales que se aplican solo a un beneficio particular se incluyen en la descripción de ese beneficio en esta *EOC*.

Coordinación de beneficios

Si tiene otra cobertura médica o dental, es importante que use su otra cobertura en combinación con su cobertura como Miembro de Senior Advantage para pagar la atención que reciba. A esto se le llama “coordinación de beneficios” porque implica coordinar todos los beneficios de salud que estén a su disposición. El uso de toda la cobertura que tiene ayuda a mantener el costo de la atención médica más asequible para todos.

Debe informarnos si tiene otra cobertura de atención médica y si se registra algún cambio en su cobertura adicional. Los tipos de cobertura adicional que podría tener incluyen los siguientes:

- cobertura que tenga de la cobertura de atención de salud de un grupo de un empleador para empleados o jubilados, suya o a través de su cónyuge;
- cobertura que tenga según el seguro de los trabajadores a causa de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o a través del Programa Federal de Neumoconiosis;
- cobertura que tenga por un accidente en el que se implique un seguro sin culpa o de responsabilidad civil;
- cobertura que tenga a través de Medicaid;
- cobertura que tenga a través del programa “TRICARE for Life” (beneficios para veteranos);
- cobertura que tenga para seguro dental o medicamentos recetados;
- “Continuidad de cobertura” que tenga a través de COBRA (COBRA es una ley que exige que los empleadores con 20 o más empleados permitan que los empleados y sus dependientes mantengan su cobertura de salud de grupo durante un tiempo después de que dejen su plan de salud de grupo en ciertas condiciones)

Cuando tenga cobertura adicional de salud, la forma en que coordinemos sus beneficios como Miembro de Senior Advantage con sus beneficios de sus otras coberturas dependerá de su situación. Con la coordinación de beneficios, con frecuencia recibirá su atención de los Proveedores del Plan como de costumbre y otras coberturas que tenga simplemente ayudarán a pagar la atención que reciba. En otras situaciones, tales como beneficios sin cobertura, es posible que reciba atención fuera de nuestro plan directamente a través de su otra cobertura.

En general, la cobertura que pague primero la parte que le corresponde de las facturas del paciente se llama “pagador primario”. Luego, cada una de las otras compañías involucradas (llamadas “pagadores secundarios”) paga la parte que le corresponde de lo que queda de las facturas del paciente. Con frecuencia su otra cobertura saldrá su parte del pago directamente con nosotros y usted no tendrá que hacer nada. Sin embargo, si el pago que se nos deba se le envía directamente, se le pedirá, de acuerdo con la ley de Medicare, que nos entregue este pago. Cuando tenga cobertura adicional, que paguemos en primer o segundo lugar, o que no paguemos, depende del tipo o los tipos de cobertura adicional que tenga y las reglas que se apliquen a su situación. Medicare determina muchas de estas reglas. Algunas de ellas toman en cuenta si usted tiene una discapacidad o insuficiencia renal crónica en fase terminal o la cantidad de empleados que tengan cobertura en un plan de grupo de un empleador.

Si tiene cobertura de salud adicional, por favor llame a Servicio a los Miembros para averiguar qué reglas se aplican a su situación y cómo se manejará el pago.

Reducciones

Responsabilidad del empleador

En el caso de Servicios que la ley exige que se reciban de un empleador, no pagaremos a este empleador por estos Servicios, y si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso a dicho empleador.

Responsabilidad de agencias gubernamentales

En el caso de los Servicios que la ley exige que se reciban solo de una agencia gubernamental, no pagaremos a tal agencia estos Servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar a la agencia gubernamental un reembolso.

Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros

Los terceros que le causen una lesión o enfermedad (o sus compañías de seguro) generalmente deben pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir esos pagos principales. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial de parte o en nombre de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad para la que el plan le prestó servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos reembolso por dichos servicios. Nota: Esta sección sobre “Lesiones o enfermedades supuestamente provocadas por terceros” no afecta su obligación de pago de su Costo Compartido para estos Servicios.

Según lo permita o exija la ley, se nos subrogarán todos los reclamos, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación, o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Estaremos subrogados a partir del momento que enviamos por correo o entregamos a usted o a su abogado una notificación por escrito de que hemos decidido hacer uso de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y reembolso sobre las ganancias de cualquier acuerdo o dictamen judicial que usted o nosotros obtengamos en contra de un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con un seguro insuficiente, protección personal, compensación del trabajador, lesión personal, pagos médicos y todos los demás tipos de partes que están directamente involucradas. Este dinero se aplicará en primer lugar para satisfacer nuestro derecho de retención, independientemente de si usted fue restituido y de que el monto total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar honorarios de abogados ni ningún costo del abogado que usted haya contratado para tramitar su reclamo por daños y perjuicios. Si nos reembolsa sin que sea necesario iniciar una acción legal, le concederemos un descuento en el costo de adquisición. Si tenemos que emprender acciones legales para imponer los intereses, no habrá descuento en la adquisición.

En un plazo de 30 días a partir de que haya presentado o interpuesto un reclamo o acción judicial contra un tercero, deberá enviar un aviso por escrito de este reclamo o acción judicial a:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 1-502-214-1137

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, liberación, autorización, cesión y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención para dar instrucciones a su abogado, y al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos bajo esta disposición sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestra facultad de ejercer el derecho de retención y otros derechos.

Acuerdos de maternidad subrogada

Si celebra un Acuerdo de maternidad subrogada y usted o cualquier otro beneficiario tienen derecho a recibir una compensación económica en virtud del Acuerdo de maternidad subrogada, deberá reembolsarnos los Servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto en relación con dicho acuerdo (“Servicios de salud para embarazos por maternidad subrogada”) hasta el monto máximo contemplado en el Artículo 3040 del Código Civil de California (California Civil Code).

Nota: Esta sección sobre “Acuerdos de maternidad subrogada” no afecta su obligación de pago de su Costo Compartido para estos servicios. Después de que entrega el bebé a los padres legales, no deberá pagar ningún cargo por los servicios que el bebé reciba (los padres legales son económicamente responsables de los servicios que el bebé reciba).

Al aceptar los Servicios de salud para maternidad subrogada, usted automáticamente nos cede su derecho de recibir pagos que se le deban acreditar a usted o al beneficiario que haya escogido conforme con el acuerdo de maternidad subrogada, independientemente de si estos pagos se caracterizan como correspondientes a gastos médicos. Para garantizar nuestros derechos, también tendremos un derecho de retención sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos. Esos pagos (y los montos de cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos) deben usarse inicialmente para satisfacer nuestro derecho de retención. La asignación y nuestro derecho de retención no excederán el monto total de su obligación con nosotros de conformidad con el párrafo que antecede.

En el plazo de 30 días después de haber celebrado un acuerdo de maternidad subrogada, debe enviar una notificación por escrito del acuerdo, que incluya la siguiente información:

- nombres, direcciones y números de teléfono de las partes del acuerdo;
- nombres, direcciones y números de teléfono del agente de custodia o administrador;
- nombres, direcciones y números de teléfono de los futuros padres y de cualquier otra parte que sea económicamente responsable de los Servicios que reciba el bebé (o los bebés), entre ellos, los nombres, las direcciones y los números de teléfono de cualquier seguro médico que cubrirá los Servicios que el bebé o los bebés reciban;
- una copia firmada de cualquier contrato u otros documentos en los que se explique el acuerdo;
- cualquier otra información que solicitemos para garantizar nuestros derechos.

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
Fax: 1-502-214-1137

Debe completar y enviarnos todos los consentimientos, cesiones, autorizaciones, formularios de derechos de retención y demás documentos que nos sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de todo derecho que podamos tener de acuerdo con esta sección de “Acuerdo de embarazo por encargo de terceros” y para satisfacer tales derechos. Usted no puede aceptar renunciar a, ceder o reducir los derechos que nos otorga la sección “Acuerdos de maternidad subrogada” sin nuestro previo consentimiento por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero con base en el acuerdo de maternidad subrogada, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador, y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenidos por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestra facultad de ejercer el derecho de retención y otros derechos.

Puede llamar a Servicio a los Miembros si tiene alguna pregunta sobre sus obligaciones de acuerdo con esta cláusula.

Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos

En el caso de los Servicios para tratar condiciones asociadas con el servicio militar y que la ley exige que sean proporcionados por el Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a este departamento dichos Servicios y, si los cubrimos, tendremos derecho a solicitar un reembolso al departamento.

Beneficios por el seguro de los trabajadores o por responsabilidad civil del empleador

El seguro de los trabajadores generalmente debe pagar primero, antes que Medicare o nuestro plan. Por lo tanto, tenemos derecho a exigir pagos primarios según la ley de compensación del trabajador o a la ley de responsabilidad civil del empleador. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir pagos u otros beneficios, incluidos los montos recibidos como compensación (a lo que colectivamente se le llama “beneficio financiero”), conforme al seguro de los trabajadores o la ley de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los servicios con cobertura incluso si no estuviera claro que tiene derecho a recibir el beneficio financiero, pero podremos recuperar el valor de cualquiera de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

- De cualquier fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero.
- De usted, en la medida en que un Beneficio Financiero se brinde o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si usted hubiera intentado, con atención y constancia, establecer su derecho a recibir el Beneficio Financiero conforme a cualquier compensación del trabajador o ley de responsabilidad civil del empleador.

Solicitudes de pago

Solicitudes de pago de servicios o medicamentos de la Parte D cubiertos

Si usted paga el costo compartido por sus Servicios o medicamentos de la Parte D, con cobertura, o si recibe una factura, puede solicitarnos un reembolso.

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento de la Parte D podría ser necesario que pague el costo total. En otras ocasiones, es posible que note que pagó más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero (este tipo de devolución de dinero a menudo se llama “reembolso”). Siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por medicamentos de la Parte D o servicios médicos cubiertos, tiene derecho a solicitar un reembolso. Puede que haya ciertas reglas que debe cumplir para recibir el reembolso.

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

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

Cuando haya recibido servicios de emergencia, atención de urgencia o atención para diálisis de un Proveedor Fuera del Plan. Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o servicios necesarios con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor del plan. En estos casos:

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo para los servicios de emergencia o urgencia. Los proveedores de servicios de emergencia tienen la obligación legal de brindar atención de emergencia. Si usted paga la totalidad del monto cuando recibe la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
- Es posible que reciba una factura de un proveedor para que pague algo que usted considera que no corresponde. Envíenos esta factura con los comprobantes de cualquier pago que ya haya hecho.

- ◆ Si debe pagarse algo al proveedor, nos encargaremos de hacerlo nosotros directamente.
- ◆ Si ya pagó más que la parte del costo del servicio que le corresponde, determinaremos cuánto le debemos y le reembolsaremos nuestra parte.

Cuando un proveedor del plan le envía una factura que usted considera que no debe pagar. Los proveedores del plan siempre deben facturarnos directamente a nosotros y solicitarle a usted que pague solo el porcentaje del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces cometen errores y le cobran más de lo que le corresponde pagar.

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

Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan.

A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. (Lo que significa que el primer día de su inscripción ya ha pasado. La fecha de inscripción puede haber sido incluso el año pasado). Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de sus servicios o medicamentos de la Parte D cubiertos después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos por nuestro porcentaje de los costos. Deberá presentarnos los documentos como recibos y facturas para que procesemos el reembolso.

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

Guarde el recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Recuerde que solo cubrimos recetas médicas que se surtan en farmacias fuera del plan solamente en circunstancias limitadas. Es posible que no le paguemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera del plan y el monto que pagaríamos en una farmacia del plan.

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

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

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

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

Cuando paga copagos en un programa de asistencia para pacientes ofrecido por fabricantes de medicamentos. Si recibe ayuda de un programa de asistencia para pacientes ofrecido por un fabricante de medicamentos fuera del beneficio de nuestro plan y paga copagos según dicho programa, puede presentar un comprobante para que su gasto de bolsillo se cuente para que califique en la cobertura para catástrofes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones sobre la cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. La sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas” tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitar que le hagamos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si nos envía una solicitud por escrito, envíela junto con la factura y los comprobantes de cualquier pago que haya hecho. Le aconsejamos que haga una copia de la factura y los recibos para que los tenga como registro. Debe presentarnos su reclamo pagado dentro de los 12 meses (reclamos médicos de la Parte C) y dentro de los 36 meses (reclamos de medicamentos de la Parte D) después de la fecha en que recibió el servicio, concepto o medicamento.

Para asegurarse de que nos está brindando toda la información necesaria para que tomemos una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamos para solicitar el pago. No es necesario que utilice el formulario, pero si lo hace, nos ayudará a procesar la información más rápido. Puede presentar un reclamo para solicitar el pago mediante lo siguiente:

Para presentar un reclamo debe hacer lo siguiente:

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

Kaiser Permanente
Claims Administration, NCAL
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un proveedor del plan y que haya obtenido en una farmacia del plan, escriba a la siguiente dirección: Para todas las demás solicitudes de la Parte D, envíe su solicitud a la dirección anterior.

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Consideraremos su solicitud de pago y responderemos sí o no

Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento de la Parte D y cuánto nos corresponda pagar

Una vez que recibamos su solicitud de pago, le diremos si necesitamos que nos envíe información adicional. Si no es necesario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la cobertura.

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

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con la cantidad que estamos pagando, puede presentar una apelación. Esto significa que nos pide que cambiemos la decisión de denegar su solicitud de pago.

La apelación es un proceso formal, con procedimientos detallados y plazos importantes. Consulte la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas” para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación.

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

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

En algunas situaciones, debe informarnos sobre los pagos que haya realizado por sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos. Esto no significa que nos esté solicitando un pago, sino que necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Sino que necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa Cobertura para Catástrofes.

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

- **Cuando obtiene un medicamento por medio de un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica.** Algunos miembros están inscritos en un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica y está fuera de los beneficios de nuestro plan. Si obtiene un medicamento a través de un programa que es ofrecido por un fabricante de medicamentos, es posible que deba hacer un copago al programa de asistencia para pacientes.
 - ◆ Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos procesar sus gastos de su propio bolsillo para que pueda reunir los requisitos para la Etapa de cobertura para catástrofes.
 - ◆ Nota: Cuando obtenga el medicamento mediante un programa de asistencia para pacientes y no con los beneficios de nuestro plan, no pagaremos ninguna parte de los costos de esos medicamentos. Sin embargo, si envía una copia del recibo, podemos calcular sus gastos de bolsillo correctamente y eso podría ayudarle a calificar más rápido para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

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

Sus derechos y responsabilidades

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

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

Nuestro plan está obligado a garantizar que todos los servicios, clínicos y no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos

los inscritos, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. Ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: prestación de servicios de traducción, interpretación, teletipo o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y medicamentos de la Parte D cubiertos

Usted tiene derecho a elegir un médico de atención primaria (PCP) de nuestra red para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir con un especialista en la salud de la mujer (como un ginecólogo), con un proveedor de servicios de salud mental y con un optometrista sin una referencia, así como con otros proveedores que se describen en la sección “Como Obtener Servicios”.

Tiene el derecho a hacer citas y recibir los servicios cubiertos de nuestra red de proveedores en un plazo razonable. Esto incluye el derecho a recibir servicios de especialistas de forma oportuna cuando necesita dicha atención.

También tiene el derecho de que se le surtan o resurtan sus recetas médicas en cualquiera de las farmacias dentro de nuestra red sin largos retrasos.

Si considera que no está obteniendo su atención médica o medicamentos de la Parte D en un plazo razonable, “Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otras inquietudes” de la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas” le informa qué puede hacer.

Debemos proteger la privacidad de su información médica personal

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

- Su información médica personal incluye todos los datos personales que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Usted tiene derechos relacionados con su información y con la limitación del uso de su información médica. Le entregamos un aviso por escrito, llamado Aviso sobre prácticas de privacidad, donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea sus expedientes o los modifique.
- Con excepción de las circunstancias que se describen a continuación, si planeamos darle su información médica a alguien que no le esté proporcionando atención o pagando por ella, primero tenemos la obligación de obtener su permiso escrito o el de alguien que tenga la autoridad legal para tomar decisiones por usted.
- Su información médica se comparte con su Grupo solo si se obtiene su autorización o en los casos en que la ley así lo permita.
- Existen ciertas excepciones, que están contempladas en la ley o que son un requisito legal. Estas excepciones se permiten o se exigen de conformidad con las leyes:
 - ◆ Tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
 - ◆ Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, también tenemos el deber de compartir su información médica con Medicare, incluida la relacionada con sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare revela su información para investigaciones u otros fines, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales; por lo general, se exige que la información que permita identificarle no sea compartida.

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

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

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

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

Tenemos la obligación de darle información sobre nuestro plan, nuestros proveedores del plan y sus servicios cubiertos

Como miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le enviemos diversos tipos de información.

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

- **Información sobre el plan.** Esto incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero de nuestro plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y las farmacias de la red.**
 - ◆ Tiene el derecho a recibir información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de la red, y cómo les pagamos a los proveedores que están en nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir cuando la use.**
 - ◆ Las secciones “Cómo obtener servicios” y “Beneficios y su Costo Compartido” ofrecen información sobre los servicios médicos.
 - ◆ En las secciones “Beneficios y su Costo Compartido” y “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” encontrará información sobre la cobertura de determinados medicamentos.
 - ◆ Si tiene preguntas sobre las normas o las restricciones, por favor llame a Servicio a los Miembros.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.**
 - ◆ En la sección “Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica” brinda información sobre la solicitud de una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto en su caso, o bien se aplica algún tipo de restricción.

- ◆ También brinda información sobre cómo solicitarnos que cambiemos una decisión, que también se llama apelación.

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

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

Tiene derecho a recibir información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica cuando acude para recibir atención médica. Los proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones de tratamiento de tal manera que usted pueda comprenderlas.

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

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

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar sus propias decisiones relacionadas con su atención médica

A veces, como consecuencia de un accidente o una enfermedad grave, una persona queda imposibilitada de tomar decisiones sobre su atención médica. Tiene derecho a indicarnos qué desea que se haga si en algún momento le sucede algo como esto. Esto significa que, si lo desea, puede hacer lo siguiente:

- llenar un formulario por escrito para otorgar a una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede hacerlo;

- dar a sus médicos instrucciones por escrito sobre cómo desea que gestionen su atención médica si algún día se vuelve incapaz de tomar decisiones usted mismo.

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones con antelación se llama **instrucciones anticipadas**. Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y diferentes maneras de llamarlas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder legal para la atención médica** son dos ejemplos.

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

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

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

- En el hospital le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo lleva.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital, habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). Según lo dispone la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque haya o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted firma un formulario de instrucciones por anticipado y considera que un médico u hospital no ha seguido estas instrucciones, puede presentar una queja ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que aparece en la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”.

Tiene derecho a presentar quejas y solicitarnos que reconsideremos decisiones que ya hemos tomado

Si tiene problemas, dudas o quejas informales y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en la sección “Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales sobre la atención médica” de este documento se indica qué puede hacer.

Tenemos la obligación de tratarle con imparcialidad cuando pida una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal.

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

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

Si cree que no recibe un trato justo, que no se le trató con dignidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, incapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad, orientación sexual o país de origen, debe llamar a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de algo más?

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a Servicio a los Miembros.
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener más detalles.
- O puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, siete días a la semana (TTY **1-877-486-2048**).

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a Servicio a los Miembros.**
- **Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico.** Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener más detalles.
- **Puede comunicarse con Medicare:**
 - ◆ Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación **Sus Derechos y Protecciones con Medicare**. (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf>)

- ◆ O puede llamar al **1-800-MEDICARE (1-800-633- 4227)**, las 24 horas del día, siete días a la semana (TTY **1-877-486-2048**)

Información sobre las evaluaciones de nueva tecnología

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

Usted puede hacer sugerencias sobre derechos y responsabilidades

Como Miembro de nuestro plan, tiene derecho a hacer recomendaciones sobre los derechos y las responsabilidades que se incluyen en esta sección. Si tiene sugerencias, llame a Servicio a los Miembros.

Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que necesita hacer como Miembro de nuestro plan se menciona a continuación. Si alguna pregunta, por favor llame a Servicio a los Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Vea en esta *Evidencia de Cobertura* qué servicios están cubiertos para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - ◆ Las secciones “Cómo obtener servicios” y “Beneficios y su Costo Compartido” ofrecen información sobre los servicios médicos.
 - ◆ En “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”, encontrará detalles sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene cualquier otro tipo de cobertura de seguro o para medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.**
 - ◆ La sección “Exclusiones, Limitaciones, Coordinación de Beneficios y Reducciones”) le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Siempre que reciba atención médica o compre medicamentos de la Parte D, use su tarjeta de membresía del plan.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a atenderlo mejor al proporcionarles toda la información que necesitan, hacerles preguntas y dar seguimiento a su atención.**
 - ◆ Para obtener la mejor atención, cuénteles a sus médicos y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las

instrucciones y los planes de tratamiento que acuerde con sus médicos.

- ◆ Asegúrese de que sus médicos sepan cuáles son todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
- ◆ Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y recibir una respuesta que pueda comprender.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, es responsable de pagar lo siguiente:
 - ◆ Debe seguir pagando la prima de Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - ◆ Para la mayoría de sus Servicios o medicamentos de la Parte D cubiertos por nuestro plan, debe pagar la parte del costo que le corresponde cuando obtiene el Servicio o el medicamento de la Parte D.
 - ◆ Si tiene que pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe seguir pagándole directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Si cambia de domicilio sin salir del área de servicio de su Región Base,** llame para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
- **Si cambia de domicilio fuera del área de servicio del plan,** no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.
- Si se muda, también es importante informar al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios).

Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas

Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En esta sección, se explican dos tipos de procesos para solucionar problemas e inquietudes:

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

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

La guía que se encuentra en el título “Qué proceso debe usar para tratar su problema” de esta sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas” lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar y qué debe hacer.

Cuidados paliativos

Si tiene Medicare Parte A, los cuidados paliativos tienen cobertura de Original Medicare y no están cubiertos por esta *Evidencia de Cobertura*. Por lo tanto, toda queja relacionada con la cobertura de cuidados paliativos debe resolverse directamente con Medicare y no a través de algún procedimiento de quejas o apelaciones que se aborde en esta *EOC*. Los procedimientos relacionados con las quejas informales y apelaciones de Medicare se describen en el manual Medicare y Usted de Medicare, que puede solicitar en la oficina del Seguro Social de su localidad, en <https://www.medicare.gov> o llamando a la línea telefónica gratuita **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877- 486-2048**), las 24 horas del día, siete días a la semana. Si no tiene Medicare Parte A, Original Medicare no cubre los cuidados paliativos. En su lugar, nosotros proporcionaremos cuidados paliativos, y toda queja relacionada con este servicio está sujeta a la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

¿Qué pasa con los términos legales?

Los términos legales de algunas de las reglas, los procedimientos y los tipos de plazos se explican en esta sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”. La mayoría de la gente no está familiarizada con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender.

Para facilitar la comprensión, en esta sección:

- Se utilizan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, decimos presentar una queja en lugar de interponer una queja formal, decisión sobre la cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura y Organización de Revisión Independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También tratamos, en lo posible, de evitar el uso de abreviaturas.

No obstante, a veces, puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más precisa para obtener la ayuda o la información acorde a su situación. Para ayudarle a saber qué términos debe usar, al explicar los detalles sobre qué hacer en situaciones específicas, hemos incluido los términos legales correspondientes.

Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones, tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Incluso si tiene una queja informal sobre cómo lo tratamos, tenemos la obligación de respetar su

derecho a quejarse. Por lo tanto, siempre debería comunicarse con Servicio a los Miembros para obtener ayuda. En ciertas situaciones tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. A continuación, se encuentran dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (SHIP)

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

Los servicios de los consejeros del SHIP no tienen costos. Encontrará números de teléfono y URL de sitios web en la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Cómo comunicarse con Medicare:

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

¿Qué proceso debe seguir para solucionar su problema?

Si tiene un problema o una inquietud, solamente necesita leer las partes de esta sección que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

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

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

- **Sí.** Consulte “Guía Básica sobre Apelaciones y Decisiones de Cobertura”.
- **No.** Pase a “Cómo Presentar una Queja Informal sobre la Calidad de la Atención, los Tiempos de Espera, el Servicio al Cliente y Otros Temas”.

Guía Básica sobre Apelaciones y Decisiones de Cobertura.

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

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

Cómo solicitar decisiones sobre la cobertura antes de recibir beneficios

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

También tomamos una decisión sobre la cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos podemos decidir que cierta atención médica no tiene cobertura o que Medicare ya no la cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión sobre la cobertura y no está de acuerdo, ya sea antes o después de que se reciba el servicio, puede apelar la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que tomamos. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada de una decisión sobre la cobertura. Revisores distintos a los que tomaron la decisión original evaluarán su apelación.

Cuando presenta una apelación por primera vez, se llama apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión que tomamos sobre la cobertura para verificar si se siguieron todas las normas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se rechazará una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

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

- No necesita hacer nada para presentar una apelación de Nivel 2. Las reglas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1).
- Consulte sección “Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2” de este capítulo para obtener más información sobre apelaciones de Nivel 2.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en “Sus Medicamentos Recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación” de esta sección.

Si está en desacuerdo con la decisión de la apelación de Nivel 2, podría continuar presentando otros niveles de apelaciones. (“Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior” en esta sección explica los procesos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5).

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

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

- Puede **llamarnos a Servicio a los Miembros**.
- Puede **solicitar ayuda gratuita** a su **Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico**.
- **Su médico puede presentar una solicitud en su nombre**. Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Por favor llame a nuestro Servicio a los Miembros para solicitar el formulario de **Designación de un representante**. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> o en nuestro sitio web en kp.org).
- ♦ Para la atención médica o los medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será enviada al Nivel 2 automáticamente.

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

¿En qué sección se incluyen los detalles sobre su situación?

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

- “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura”.
- “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación”.
- “Cómo pedimos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo”.

- “Cómo solicitar que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo” (solo para estos servicios: atención médica a domicilio, atención brindada por Centros de Enfermería Especializada y servicios proporcionados por Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF))

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

Su Atención Médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura

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

En esta sección se describen sus beneficios para atención médica. Estos beneficios se describen en la sección “Beneficios y su Costo Compartido”. En algunos casos, se aplican diferentes reglas a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos cómo las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- No recibe un cierto tipo de atención médica que necesita y cree que nuestro plan la cubre. **Solicite una decisión sobre la cobertura.**
- No aprobamos la atención médica que su médico u otro proveedor médico necesitan proporcionarle y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión sobre la cobertura.**
- Recibió servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir, pero nos negamos a pagarlos. **Presente una apelación.**
- Recibió y pagó servicios o atención médica que considera que nuestro plan debería cubrir y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esa atención. **Envíenos la factura.**
- Se le informa que se reducirá o se cancelará la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y considera que esta reducción o cancelación podría afectar su salud. **Presente una apelación.**

Importante: Si la cobertura que se interrumpirá corresponde a servicios hospitalarios, atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe

leer “Cómo pedimos que cubramos una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo” y “Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo” de esta sección. Estos tipos de atención están sujetos a normas especiales.

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura

Cuando una decisión sobre la cobertura involucra su atención médica, se denomina **determinación de la organización**. Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación de cobertura acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Una decisión normal sobre la cobertura se suele tomar entre 72 horas y 14 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una decisión rápida sobre la cobertura se suele tomar entre 24 horas para los medicamentos de la Parte B y 72 horas para los servicios médicos. Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida de cobertura:

- ◆ Solo puede solicitar cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios ya recibidos).
- ◆ Puede obtener una decisión rápida sobre la cobertura solo si el uso de los plazos estándar podría afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- Si su médico nos informa que su salud requiere una decisión rápida de cobertura, aceptaremos automáticamente proporcionársela.
- Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura. Si no aprobamos la decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
 - ◆ Se le explicará que utilizaremos los plazos estándar.
 - ◆ Se le explicará que, si su médico solicita una decisión rápida sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ◆ Se le explicará que cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

- El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacer esto. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener la información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de salud y le respondemos.

Para las decisiones normales sobre la cobertura, usamos un plazo estándar.

Esto quiere decir que le responderemos en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas posteriores a la recepción de su solicitud.

- ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Le responderemos la queja informal cuando tomemos la decisión. El proceso para presentar una queja informal es diferente del que se usa para solicitar decisiones sobre la cobertura y presentar apelaciones. Consulte “Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otros temas” de esta sección para obtener más información sobre las quejas informales.

Para decisiones rápidas de cobertura, utilizamos un periodo acelerado.

Una decisión acelerada sobre la cobertura significa que responderemos en un plazo de 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- ◆ Sin embargo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Consulte “Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otros temas” de esta sección para obtener más información sobre las quejas informales. Lo llamaremos tan pronto como tengamos una decisión.
- ◆ Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o si se extiende el plazo, al finalizar ese período), o en un plazo de 24 horas si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, tiene derecho a presentar una apelación. “Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1” a continuación, explica cómo presentar una apelación.

- ◆ Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle el motivo de nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos que **no** a su solicitud de cobertura para atención médica, puede presentar una apelación.

- Si decimos **no**, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para la atención médica que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación presentada ante el plan para cambiar una decisión sobre la cobertura de atención médica se llama una **reconsideración**. Una apelación acelerada también se denomina **reconsideración acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar se suele presentar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas.

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una apelación acelerada. Le proporcionaremos una apelación acelerada si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.
- Los requisitos para obtener una apelación acelerada son los mismos que los que se necesitan para una decisión rápida sobre la cobertura, y se describen en “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación” de esta sección.

Paso 2: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación acelerada.

- Si solicita una apelación estándar, envíela por escrito. También puede solicitar una apelación llamándonos. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener la información de contacto.
- Si solicita una apelación acelerada, preséntela por escrito o llámenos. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener la información de contacto.
- Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 65 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos

información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- Puede pedirnos una copia de toda la información relacionada con su decisión médica. Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando revisamos su apelación, evaluamos cuidadosamente toda la información. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si necesitamos más información, es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico.

Plazos para una apelación acelerada

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar podemos tomarnos hasta 14 días más si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
 - ◆ Si no le respondemos a más tardar en un plazo de 72 horas (o al final del periodo ampliado, si nos tomamos más días), tenemos la obligación de elevar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. “Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2” se explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos nuestra decisión por escrito y le enviaremos su apelación automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le avisará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B que aún no recibió, le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario luego de la recepción de su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.

- ◆ Sin embargo, si nos solicita más tiempo, o si necesitamos más información que lo pueda beneficiar podemos tomarnos hasta 14 días calendario más si la solicitud se trata de un medicamento o un servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- ◆ Si usted considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja acelerada. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Consulte “Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otros temas” de la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”).
- ◆ Si no le damos una respuesta en el plazo indicado (o al final del período extendido), enviaremos su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos el procedimiento de una apelación de Nivel 2.
- Si respondemos que *sí* a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura a más tardar en un plazo de 30 días calendario si solicitó un servicio o artículo médico, o en un plazo de 7 días calendario si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.
- Si nuestro plan responde que *no* a una parte o a la totalidad de su apelación, le enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

El nombre formal de la **organización de revisión independiente** es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se conoce como **IRE**.

La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa la apelación.

- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina expediente del caso. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una apelación acelerada en el Nivel 1, también tendrá una apelación acelerada en el Nivel 2

- Para la apelación acelerada, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haberla recibido.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- Para la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario desde que la recibe. Si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario después de haber recibido su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiera beneficiarlo. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de Medicare Parte B.

Paso 2: La organización de revisión independiente le responderá.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- Si la organización de revisión dice que *sí* a parte o a la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las revisiones rápidas, tenemos un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión dice que *sí* a parte o a la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de Medicare Parte B, debemos autorizar o proporcionar dicho medicamento en un plazo de 72 horas después de que recibamos la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las revisiones rápidas, tenemos un plazo de 24 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.

- Si esta organización responde **no** a parte o a la totalidad de su apelación, significa que están de acuerdo con nosotros en que no debe aprobarse su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de salud. (Esto se llama **respaldar la decisión o denegar la apelación**).
- En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - ◆ que explique su decisión.
 - ◆ Le notificaremos de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de atención médica solicitada cumple con cierta cantidad mínima. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará el valor en dólares necesario que debe reunir para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. En “Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior” en esta sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas” se explican los procedimientos de apelación de los Niveles 3, 4 y 5.

¿Qué sucede si recibe una factura de atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde?

En sección “Solicitudes de pago”, se describe cuándo es posible que usted necesite pedir un reembolso o que paguemos por una factura que recibió de un proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión sobre la cobertura

Si nos envía la documentación en la que solicita el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, revisaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre la cobertura de atención médica.

- Si decimos que **sí** a su solicitud: si la atención médica tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo generalmente en un plazo de 30 días calendario, máximo de 60 días calendario, a partir del momento en que recibamos su solicitud. Si aún no pagó la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

- Si decimos que **no** a su solicitud: Si la atención médica no tiene cobertura, o usted no cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos la atención médica y los motivos.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que se describe en “Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1”. Para apelaciones relacionadas con reembolsos, tome en cuenta lo siguiente:

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión independiente resuelve que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago en un plazo de 30 días calendario. Si se responde que sí a su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión sobre la cobertura o presentar una apelación

Qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que gastó en un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que ha aprobado la Administración de Alimentos y Medicamentos o sustentado por determinados libros de referencia). Para ver los detalles sobre los medicamentos, normas, restricciones y costos de la Parte D, consulte “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” de la sección “Beneficios y su Costo Compartido”. **En esta sección, se explican solo los medicamentos de la Parte D.** A fin de simplificar, en lugar de repetir las frases “medicamento recetado y cubierto en pacientes ambulatorios” o “medicamento de la Parte D” usaremos solo medicamento. También utilizamos el término Lista de Medicamentos en lugar de Lista de medicamentos cubiertos o **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025.**

- Si no sabe si un medicamento tiene cobertura o si cumple con las reglas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que lo cubramos.
- Si en la farmacia le informan que sus recetas no pueden surtirse del modo en que están escritas, la farmacia le entregará una notificación por escrito en la que se explica cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.

Apelaciones y decisiones sobre la cobertura de la Parte D

Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos que reciba. Esta sección le indica qué puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Pedirnos que cubramos un medicamento de la Parte D que no está en nuestra **Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2025**. **Pedir una excepción.**
- Pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite en la cantidad que puede recibir de un medicamento, autorización previa o el requisito de probar otro medicamento antes). **Pedir una excepción.**
- Solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Pedir una excepción.**
- Pedirnos la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión sobre la cobertura.**
- Pagar por un medicamento recetado que ya compró. **Pedirnos un reembolso.**

Si no está de acuerdo con una decisión del plan sobre la cobertura, puede presentar una apelación.

En esta sección, se explica cómo solicitar decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una apelación.

¿Qué es una excepción?

Solicitar cobertura para un medicamento que no se incluye en nuestra Lista de Medicamentos a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos**.

Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una **excepción a la lista de medicamentos cubiertos**.

Si un medicamento no está cubierto en la manera en la que usted quisiera, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión sobre la cobertura

Para que tomemos en cuenta su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. A continuación, se

muestran dos ejemplos de excepciones que usted, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar:

- **Cubrir un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra Lista de Medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no se incluye en nuestra *Lista de Medicamentos*, usted deberá pagar el Costo Compartido que se aplica a los medicamentos que se encuentran en el nivel de medicamentos de marca. No puede solicitar una excepción a la cantidad del Copago o Coseguro que le corresponde pagar por el medicamento.
- **Eliminar una restricción de un medicamento de Parte D cubierto.** En “Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos para Pacientes Ambulatorios” en la sección “Beneficios y su Costo Compartido” se describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a determinados medicamentos de nuestra *Lista de Medicamentos*. Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del copago o coseguro que deba pagar por el medicamento de Parte D.

Información importante que debe saber sobre las solicitudes de excepciones de la Parte D

Su médico debe informarnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que le expida recetas debe enviarnos una declaración donde se expliquen los motivos médicos por los que solicita una excepción de la Parte D. Para obtener una decisión más rápido, recuerde incluir esta información médica de su médico u otro profesional que expida recetas al solicitar la excepción.

En general, nuestra Lista de Medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una condición determinada. Estas diversas opciones se llaman medicamentos **alternativos**. En general, no aprobaremos su solicitud de una excepción si se establece que un medicamento alternativo tendría la misma eficacia que el medicamento que solicita y no provocaría más efectos secundarios u otros problemas de salud. Si nos solicita una excepción de nivel, por lo general, no la aprobaremos a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costo compartido inferiores no sean adecuados para usted o es probable que le cause una reacción adversa o un daño.

Podemos responder **Sí** o **No** a su solicitud.

- Si aceptamos su solicitud de una excepción de la Parte D, por lo general, nuestra aprobación tendrá validez hasta el final del año del plan, siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su condición.
- Si el plan responde que **no** a su solicitud, usted tiene derecho a solicitar otra revisión presentando una apelación.

Paso a paso: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción de la Parte D

Una decisión rápida sobre la cobertura se denomina **determinación acelerada de cobertura**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión normal sobre la cobertura o una decisión rápida sobre la cobertura.

Las decisiones normales sobre la cobertura se realizan **en un plazo de 72 horas** después de la recepción de la declaración de su médico. Las decisiones rápidas sobre la cobertura se realizan **en un plazo de 24 horas** después de la recepción de la declaración de su médico.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una decisión rápida de cobertura. Debe cumplir dos requisitos para obtener una decisión rápida de cobertura:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (Usted no puede solicitar una decisión rápida de cobertura cuando se trata del reembolso de un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar daños graves a su salud o perjudicar su bienestar.
- **Si su médico u otro profesional que receta no informan que su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura**, le daremos decisión rápida sobre la cobertura automáticamente.
- **Si solicita una decisión rápida sobre la cobertura por su cuenta**, sin el respaldo de su médico u otro profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que tomemos este tipo de decisión. Si no aprobamos la decisión rápida de cobertura, le enviaremos una carta para informarle lo siguiente:
 - ◆ Se le explicará la implementación de plazos estándares.
 - ◆ Se le explicará que, si su médico u otro profesional que receta solicitan una decisión rápida de cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
 - ◆ Se le informará sobre cómo puede presentar una queja acelerada acerca de nuestra decisión de darle una decisión normal sobre la cobertura en vez de la decisión rápida sobre la cobertura que solicitó. Responderemos a su queja informal en un plazo de 24 horas de haberla recibido.

Paso 2: Solicite una decisión normal de cobertura o una decisión rápida de cobertura.

El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax a la Oficina de Servicio a los Miembros para Autorizaciones Previas de OptumRx para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones sobre la cobertura por medio de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. “Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura respecto de sus medicamentos recetados de la Parte D” en la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” tiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo rechazado está apelando.

Usted o su médico (u otro profesional que emite recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre. “Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación” de esta sección explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- Si solicita una excepción de la Parte D, recuerde incluir la declaración de respaldo que contiene los motivos médicos para la excepción. Su médico u otro profesional que recete medicamentos pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O el médico u otro profesional que le expida recetas pueden explicarnos las razones por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo.

Paso 3: evaluamos su solicitud y le respondemos.

Plazos para una decisión rápida sobre la cobertura

- Por lo general, debemos responderle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud.
 - ◆ Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- Si respondemos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

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

- Por lo general, debemos responderle en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud.
 - ◆ Para excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde la recepción de su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.

- Si respondemos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión normal de cobertura del pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que **no** a una parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 4: si respondemos que **no** a su solicitud de cobertura, usted tiene derecho a presentar una apelación.

Si decimos **no**, usted tiene derecho a presentar una apelación para pedimos que reconsideremos nuestra decisión. Esto implica volver a solicitar la cobertura para los medicamentos que desea. Si presenta otra apelación, significa que usted pasará al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Una apelación para cambiar una decisión sobre la cobertura de un medicamento de la Parte D se llama una **redeterminación** del plan. Una apelación acelerada también se denomina **redeterminación rápida**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o una apelación acelerada.

Una apelación estándar suele presentarse en un plazo de 7 días calendario. Una apelación acelerada suele presentarse en un plazo de 72 horas. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una apelación acelerada

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted, su médico u otro profesional que receta deberán determinar si se necesita una apelación acelerada.
- Los requisitos para obtener una “apelación acelerada” son los mismos que los que se usan para obtener una decisión acelerada sobre la cobertura y se describen en “Paso a paso: cómo solicitar una decisión sobre la cobertura, incluida una excepción de la Parte D” en esta sección.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otro profesional que receta debe contactarnos para presentar su apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una apelación acelerada.

- Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito. En la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”, se puede encontrar información de contacto.
- Para apelaciones aceleradas, envíelas por escrito o llámenos al **1-800-443-0815**. En la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”, se puede encontrar información de contacto.
- Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el Formulario de solicitud de redeterminación modelo CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Debe presentar la solicitud de apelación a más tardar en un plazo de 65 días calendario después de la fecha que aparezca en el aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta respecto de la decisión sobre la cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, explique la razón por la cual está presentando su apelación con retraso cuando la presente. Es posible que podamos darle más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden ser, entre otros, una enfermedad grave que le impidió contactarnos o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más información. Si tiene información adicional que respalda su apelación, usted y su médico pueden añadirla. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.

Paso 3: evaluamos su apelación y le respondemos.

- Cuando el plan revisa su apelación, vuelve a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Revisamos para determinar si hemos seguido todas las normas cuando **rechazamos** su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que expida recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación acelerada

- Para apelaciones aceleradas, debemos responderle en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - ◆ Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la revise una organización de revisión independiente.

- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura que hayamos acordado brindar en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.
- Si respondemos **no** a toda o parte de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que todavía no haya recibido

- Para apelaciones estándar, debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y es necesario debido a su condición médica.
 - ◆ Si no le damos una respuesta en un plazo de 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente.
- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos brindar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo a su problema médico, pero, a más tardar, 7 días calendario después de haber recibido la apelación.
- Si respondemos **no** a toda o parte de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle nuestros motivos y cómo puede apelar a nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - ◆ Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- Si respondemos que **sí** a una parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si respondemos **no** a su apelación, usted tiene derecho a continuar con el proceso y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo se presenta una apelación de Nivel 2

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de Revisión Independiente**. A veces se conoce como **IRE**.

La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare.

No tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización determina si el plan tomó la decisión correcta o debe cambiarla. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que receta) debe contactar a la organización de revisión independiente y solicitar que revisen su caso.

- Si respondemos **no** a su apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso por escrito que incluirá instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se explicará quiénes pueden presentar esta apelación de Nivel 2, que plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no terminamos la revisión en el plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable respecto de una decisión **en riesgo** según un programa de control de los medicamentos, le enviaremos su reclamo a la IRE automáticamente.
- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso**. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa la apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación acelerada

- Si su salud así lo requiere, solicite a la Organización de Revisión Independiente una apelación rápida.
- Si la organización la acepta, debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas después de haber recibido su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- Para apelaciones estándar, la organización de revisión debe responderle la apelación de Nivel 2 en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que haya recibido la apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita el reembolso de un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le responderá.

Para las apelaciones aceleradas:

- Si la organización de revisión independiente responde que *sí* a una parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibimos la decisión de la revisión de la organización.

Para apelaciones estándar:

- Si la organización de revisión independiente responde *sí* a toda o parte de su solicitud de cobertura, debemos autorizar la cobertura para el medicamento aprobado en un plazo de 72 horas después de haber recibido la decisión de la organización de revisión.
- Si la organización de revisión independiente responde *sí* a toda o parte de su solicitud de reembolso para un medicamento que usted ya compró, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario después de haber recibido la decisión de la organización.

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

Si esta organización responde que *no* a parte o a la totalidad de su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **respaldar la decisión**. También se llama **denegar la apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- que explique su decisión.
- Que le notifique de su derecho a una apelación de Nivel 3, si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será final.
- Que le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con el siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación)
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. “Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior” para obtener más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que le darán el alta antes de tiempo

Si usted es admitido en un hospital, tiene derecho a recibir todos los Servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

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

- El día que usted abandona el hospital se llama “**fecha del alta hospitalaria**”.
- Una vez que se fija la fecha del alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se la comunicarán.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud.

Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le indicará sus derechos

Dentro de los dos días calendario después de ser hospitalizado, recibirá un aviso por escrito con el título *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación. Si no recibe la notificación de un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o un enfermero), pídsela a un empleado del hospital. Si necesita ayuda, por favor llame a Servicio a los Miembros o **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**, las 24 horas del día, siete días a la semana (TTY **1-877-486-2048**).

- **Lea cuidadosamente esta notificación y pregunte si no entiende algo. Contiene la siguiente información:**
 - ♦ Su derecho a recibir servicios cubiertos de Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones del médico. Esto incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.

- ◆ Su derecho a participar de las decisiones acerca de su hospitalización.
- ◆ Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- ◆ Su derecho a solicitar una revisión inmediata de la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que le están dando de alta del hospital muy pronto. Es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- **Debe firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.**
 - ◆ A usted o a una persona que actúe como su representante se le pedirá que firme la notificación.
 - ◆ Firmar el aviso solo demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa su fecha de alta hospitalaria. Firmar la notificación no significa que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.
- **Guarde una copia** del aviso a mano para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).
 - ◆ Si firma el aviso más de dos días calendario antes de la fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - ◆ Si desea ver una copia de este aviso con antelación, puede llamar a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (Los usuarios de la línea TTY deben llamar **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, siete días a la semana. También puede ver el aviso en línea en <https://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im>

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

Si desea que cubramos los servicios hospitalarios durante más tiempo, deberá presentar su solicitud a través del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad comprueba si la fecha programada para el alta hospitalaria es médicamente apropiada en su caso.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”.

Actúe con rapidez

- Para presentar su apelación, debe ponerse en contacto con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y antes de la medianoche de la fecha programada para el alta hospitalaria.
 - ◆ Si cumple con este plazo, podrá permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - ◆ Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros. Si decide permanecer en el hospital después de su fecha programada de alta hospitalaria, es posible que deba pagar todos los costos asociados a la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su fecha de alta hospitalaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día posterior al que se comunican con nosotros, le entregaremos un *Aviso detallado de alta hospitalaria*. Esta notificación incluye su fecha programada para el alta hospitalaria y una explicación de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo de esta *Aviso detallado de alta hospitalaria* llamando a Servicio a los Miembros o al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** las 24 horas del día, siete días a la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**). También puede ver un ejemplo del aviso en línea, en

<https://www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im>

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Al mediodía del día posterior a que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá una notificación por escrito de nuestra parte en la que se indica la fecha programada para el alta hospitalaria. Esta notificación también incluye detalles sobre por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha.

Paso 3: Una vez que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad obtenga toda la información que necesita, responderá a su apelación a más tardar en un día completo.

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión responde que *sí*, debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados con cobertura durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponda (como Costos Compartidos, si corresponde). Es posible también que se apliquen limitaciones a los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión responde que *no*, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es apropiada desde el punto de vista médico. En este caso, nuestra cobertura de los servicios como paciente hospitalizado finalizará al mediodía del día siguiente al que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que *no* a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día siguiente al día en que reciba la respuesta de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad dice no a su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación.

Presentar otra apelación significa que usted pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de alta hospitalaria

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Paso 1: Comuníquese de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda no a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permaneció en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención que recibía.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En el plazo de 14 días calendario después de la fecha de recepción de su solicitud de Apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

Si la organización de revisión responde que sí:

- Debemos reembolsarle el porcentaje que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo los servicios como paciente hospitalizado que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando la parte que le corresponde de los costos y es posible que se apliquen limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde que no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1. Esto se llama respaldar la decisión.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es no, usted deberá decidir si desea continuar con el proceso y usar el Nivel 3 de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. Consulte “Cómo Presentar una Apelación de Nivel 3 y Superior” para obtener más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Cómo solicitarnos que extendamos la cobertura para ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo

Atención médica a domicilio, atención brindada por Centros de Enfermería Especializada y servicios proporcionados por Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF)

Cuando recibe servicios **médicos a domicilio, centro de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios) cubiertos**, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención siempre y cuando sea necesaria para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Debemos informarle con anticipación si decidimos que es hora de dejar de ofrecerle cobertura para cualquiera de estos tres tipos de atención. Al finalizar la cobertura para esa atención, dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.

Si considera que la cobertura de su atención finaliza demasiado pronto, puede apelar nuestra decisión. En esta sección, se explica cómo solicitar una apelación.

Le informaremos con anticipación sobre la finalización de su cobertura

En la *Notificación de No Cobertura de Medicare*, se explica cómo puede solicitar una **apelación por vía rápida**. Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal de solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención.

- **Recibirá una notificación por escrito** por lo menos dos días calendario antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención. La notificación contiene la siguiente información:
 - ◆ la fecha en que dejaremos de cubrir su atención;
 - ◆ cómo presentar una apelación por la vía rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante más tiempo.

- **Usted o alguien que actúe en su nombre, deberá firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y que entiende sus derechos.** Al firmar el aviso, usted solo acepta que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. Firmarla no significa que usted esté de acuerdo con decisión del plan de dejar de proporcionarle atención.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de comprender qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en algún momento, por favor llame a Servicio a los Miembros. También puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización del gobierno que le brinda asistencia personalizada.

En una apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta entidad decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente apropiada.

La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que trabajan para el gobierno federal supervisando y mejorando la calidad de la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Presente su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una apelación por la vía rápida. Debe actuar con rapidez

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió (*Notificación de no cobertura de Medicare*), se explica cómo puede ponerse en contacto con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado en la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes”.

Actúe con rapidez

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia de la *Notificación de no cobertura de Medicare*. Si vence el plazo y desea presentar una apelación, es posible que aún tenga otros derechos de apelación. Comuníquese con su Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión de su caso de modo independiente.

La **Explicación detallada de no cobertura** contiene información detallada sobre los motivos para finalizar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que reciba de nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros la Explicación detallada de no cobertura para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios.

Paso 3: en el plazo de un día desde el momento en que cuentan con toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores responden que sí?

- Si los revisores responden **sí** a su apelación, debemos continuar cubriendo sus servicios en tanto sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponda (como Costos Compartidos, si corresponde). Es posible que se apliquen limitaciones a los servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores responden que no?

- Si los revisores responden **no**, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le hemos indicado.
- Si decide seguir recibiendo atención médica a domicilio, o atención en Centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que finaliza su cobertura, entonces deberá pagar el costo total de la atención.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es **no**, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores responden que **no** a su apelación de Nivel 1, y usted escoge continuar recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que el plan cubra su atención durante más tiempo

Con una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba tener que pagar el costo total de la atención

médica a domicilio o en un centro de enfermería especializada, o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) *después* de la fecha en que indicamos que terminaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese de nuevo a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario desde el día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responda **no** a su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una segunda revisión de su caso.

Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En los 14 días calendario siguientes a haber recibido su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en la que dijimos que terminaría su cobertura. Debemos continuar proporcionando cobertura de esta atención mientras sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión tomada en la apelación de Nivel 1.
- En la notificación que reciba, se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es **no**, deberá decidir si llevar su apelación a otro nivel.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, consulte las instrucciones sobre cómo hacerlo que se incluyen en la notificación por escrito que recibió después de la decisión sobre la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. Consulte el título “Cómo Presentar una Apelación de Nivel 3 y Superior” en esta sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas” para obtener más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Cómo presentar una apelación de Nivel 3 y superior

Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Solicitudes de Servicios Médicos

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre cómo debe presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Abajo se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que *sí* a su apelación, el proceso de apelación podría finalizar o no.**
A diferencia de una decisión de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable a usted. Si decidimos apelar, esta decisión pasará a ser una apelación de Nivel 4.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en los 60 días calendario siguientes al momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
 - ◆ Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento que sea de importancia. Podemos esperar la decisión sobre la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar la atención médica en disputa.
- **Si el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que *no* a su apelación, el proceso de apelación podría finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es *sí*, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones podría finalizar o no.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos el derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable a usted. Decidiremos si apelamos esta decisión en el nivel 5.
 - ◆ Si decidimos **no** apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
 - ◆ Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si la respuesta es *no* o si el Consejo de Apelaciones rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.**
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que **no** a su apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo hacerlo.

Apelación de Nivel 5: un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede serle útil si presentó una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del medicamento de la Parte D que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior, no puede seguir apelando. En la respuesta por escrito que recibe a su apelación de Nivel 2 encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. Abajo se indica quiénes revisan su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisarán su apelación y le darán una respuesta.

- Si la respuesta es *sí*, el proceso de apelaciones quedará finalizado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.
- Si la respuesta es *no*, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. En la notificación que reciba se le indicará qué hacer para presentar una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es *sí*, el proceso de apelaciones quedará finalizado. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión.
- Si la respuesta es *no*, el proceso de apelaciones puede o no finalizar.
 - ◆ Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - ◆ Si no desea aceptarla, tal vez pueda seguir con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que *no* a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las normas, puede continuar con una apelación de Nivel 5. En el aviso por escrito también se le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si escoge seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: un juez del Tribunal de Distrito Federal revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y responderá que sí o no a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Cómo presentar quejas informales sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el Servicio al cliente y otros temas.

¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el Servicio al cliente. A continuación, se incluyen ejemplos de los tipos de problemas de los que se encarga el proceso de quejas:

- **Calidad de su atención médica**
 - ◆ ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto a su privacidad**
 - ◆ ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
- **Falta de respeto, Servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
 - ◆ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?
 - ◆ ¿Está disconforme con nuestro Servicio a los Miembros?
 - ◆ ¿Siente que lo alientan a abandonar nuestro plan?
- **Tiempos de espera**
 - ◆ ¿Tiene problemas para hacer una cita o debe esperar demasiado para obtenerla?
 - ◆ ¿Debió esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O al Servicio a los miembros u otro representante de nuestro plan?
 - Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera o en la sala de examen, o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
 - ◆ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
 - ◆ ¿No le enviamos una notificación que debíamos enviarle?
 - ◆ ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre la cobertura y las apelaciones)

Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja informal sobre nuestra lentitud. Vea aquí algunos ejemplos:

- Puede presentar una queja informal si nos solicitó una “decisión rápida sobre la cobertura” o una “apelación acelerada”, y le respondimos que no.

- Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para las decisiones o apelaciones de cobertura, puede presentar una queja informal.
- Si considera que no estamos cumpliendo los plazos para devolverle o reembolsarle el costo de ciertos servicios médicos o medicamentos de la Parte D que fueron aprobados, puede presentar una queja informal.
- Si cree que no respetamos los plazos necesarios para enviarle su caso a la organización de revisión independiente, puede presentar una queja informal.

Paso a paso: cómo presentar una queja informal

- Una **queja informal** también se le llama **queja formal**.
- **Presentar una queja informal** también se llama **presentar una queja formal**.
- **Al uso del proceso para quejas informales** también se llama **uso del proceso para interponer una queja formal**.
- Una **queja acelerada** también se denomina **queja formal rápida**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.

- En general, el primer paso es llamar a Servicio a los Miembros. Ellos le informarán si es necesario que haga algo más.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner su queja informal por escrito y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito. También le contestaremos por escrito si presenta su queja informal por teléfono si solicita una respuesta por escrito o si su queja informal está relacionada con la calidad de la atención.
- Si tiene una queja, intentaremos solucionarla por teléfono. Si no podemos solucionar su queja por teléfono, usaremos un procedimiento formal para revisarla. Su queja formal debe explicar el problema, debe mencionar, por ejemplo, por qué no está conforme con los servicios que recibió. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para saber con quién debe comunicarse si desea presentar una queja informal.
 - ◆ Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) en un plazo de 60 días calendario a partir del evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja informal. Es posible que amplíemos el plazo para tomar una decisión hasta 14 días calendario si usted solicita la ampliación del plazo o si justificamos la necesidad de obtener información adicional y el retraso es en su beneficio.
 - ◆ Puede presentar una queja formal acelerada sobre nuestra decisión de no acelerar una decisión de cobertura o una apelación para atención médica o artículos, o si extendemos el plazo que

necesitamos para tomar una decisión sobre la decisión de cobertura o una apelación para atención médica o artículos. Debemos responder a su queja formal acelerada en un plazo de 24 horas.

- El plazo para presentar una queja informal es de 60 días calendario después de la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea presentar la queja informal.

Paso 2: evaluamos su queja informal y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos responderle durante la llamada.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora lo beneficia, o si nos solicita más tiempo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario (44 días en total) para responder su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja informal porque rechazamos su solicitud de una decisión rápida sobre la cobertura o una apelación acelerada, automáticamente trataremos su solicitud como una queja acelerada.** Si presenta una queja acelerada, le responderemos dentro de las 24 horas.
- **Si no estamos de acuerdo** con toda o parte de su queja informal, o si no asumimos responsabilidad por el problema del cual se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja informal directamente ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros especialistas de la salud que reciben pago del gobierno federal para supervisar y mejorar la atención médica que reciben los pacientes de Medicare. Consulte la sección “Recursos y Números de Teléfono Importantes” para obtener la información de contacto.
- **O puede presentar su queja informal tanto ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad como ante nosotros al mismo tiempo.**

También puede informarle a Medicare sobre su queja informal

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal a Medicare, vaya a <https://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**.

Revisión Adicional

Si no queda satisfecho después de haber utilizado nuestro procedimiento interno de reclamos y apelaciones, y, si corresponde, la revisión externa, es posible que tenga ciertos derechos adicionales en los siguientes casos:

- Si el plan de beneficios de su Grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (ERISA), puede entablar una demanda civil conforme a la sección 502(a) de la ERISA. Para entender estos derechos, comuníquese con su Grupo o con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados (parte del Departamento de Trabajo de los EE. UU.) al 1-866-444-EBSA (1-866-444-3272).
- Como alternativa, si el plan de beneficios de su Grupo no está sujeto a la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados (por ejemplo, la mayoría de los planes gubernamentales locales y estatales y los planes ofrecidos a través de una iglesia), es posible que tenga derecho a solicitar una revisión ante un tribunal estatal.

Arbitraje vinculante

Para todos los reclamos sujetos a esta sección “Arbitraje vinculante”, tanto los demandantes como los demandados renuncian a su derecho a un juicio por jurado o ante los tribunales, y aceptan recurrir al arbitraje vinculante. En la medida que esta sección “Arbitraje Vinculante” sea aplicable a los reclamos presentados por las Partes de Kaiser Permanente, habrá de aplicarse retroactivamente a todos los reclamos no resueltos que se acumulen antes de la fecha de vigencia de esta *EOC*. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las Partes asociadas a Kaiser Permanente.

Alcance del arbitraje

Las disputas habrán de someterse a un arbitraje vinculante si se cumplen todos los siguientes requisitos:

- El reclamo surge de, o está relacionado con, una supuesta infracción de una obligación que conlleve, resulte de o esté relacionada con esta *Evidencia de Cobertura* o con una relación de una Parte asociada al miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un producto o servicio médico era innecesario o no estaba autorizado, o bien que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil por los centros, o relacionado con la cobertura o prestación de servicios o productos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo.
- El reclamo es afirmado por una o más Partes asociadas al miembro contra una o más Partes de Kaiser Permanente, o por una o más Partes de Kaiser Permanente contra una o más Partes asociadas al miembro.
- Las leyes vigentes no impiden el uso del arbitraje obligatorio para resolver el reclamo.

Los Miembros inscritos en esta *Evidencia de Cobertura* renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje obligatorio, excepto en el caso que los siguientes tipos de reclamos no estén sujetos al arbitraje obligatorio:

- reclamos dentro de la jurisdicción del tribunal de demandas de menor cuantía;
- reclamos sujetos al procedimiento de apelaciones de Medicare según corresponda a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage;
- reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje obligatorio según la legislación aplicable.

Como se indica en esta sección “Arbitraje vinculante”, las “partes de los Miembros” incluyen a:

- un miembro;
- un heredero, familiar o representante personal del miembro;
- cualquier persona que manifieste que surge una obligación con dicha persona en virtud de la relación del Miembro con una o más de las partes de Kaiser Permanente.

Las “partes de Kaiser Permanente” incluyen:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group
- The Permanente Federation, LLC
- The Permanente Company, LLC
- Cualquier médico de Southern California Permanente Medical Group o de The Permanente Medical Group.
- Cualquier persona u organización cuyo contrato con cualquiera de las organizaciones identificadas anteriormente requiera el arbitraje de reclamos que presentan una o más de las Partes asociadas al miembro.
- Cualquier empleado o agente de cualquiera de las organizaciones antes mencionadas.

“Demandante” se refiere a una parte del Miembro o de Kaiser Permanente que presente un reclamo, como se describió antes. “Demandado” se refiere a una parte del Miembro o de Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

Reglamento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las *Normativas de Arbitrajes para Miembros de Kaiser Permanente Supervisados por la Oficina del Administrador Independiente* (“Reglamento”) desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias del Reglamento, llame a nuestro Servicio a los Miembros.

Cómo iniciar el arbitraje

Los Demandantes deberán iniciar el arbitraje mediante la presentación de una petición de arbitraje. La Petición de Arbitraje deberá incluir las bases del reclamo contra los Demandados; la cantidad que solicitan los Demandantes en el arbitraje por daños y perjuicios; los nombres; las direcciones, y los números de teléfono de los Demandantes y su abogado, si lo hubiera, y los nombres de todos los Demandados. Los Demandantes deberán incluir en la petición de arbitraje todas los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Cómo presentar una petición de arbitraje

La Petición de Arbitraje deberá notificarse a Health Plan, Kaiser Foundation Hospitals, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department, Professional & Public Liability
1 Kaiser Plaza, 19th Floor
Oakland, CA 94612

La notificación de ese demandado se considerará completa cuando se reciba. Cualquier otro Demandado, incluidos los particulares, deberá ser notificado de la manera establecida por el Código de Procedimiento Civil de California para una acción civil.

Honorarios por arbitraje

El Demandante deberá pagar un cargo único, no reembolsable, de \$150 por arbitraje, pagadero a la "Cuenta de arbitraje", independientemente del número de reclamos presentados en la petición de arbitraje o del número de Demandantes o Demandados nombrados en la petición de arbitraje.

Cualquier Demandante que declare encontrarse en situación de suma penuria económica puede solicitar ante la Oficina del Administrador Independiente que se lo exonere del pago de los honorarios por arbitraje y del pago de los honorarios y gastos del árbitro imparcial. Un Demandante que intente obtener dichas exoneraciones deberá llenar el Formulario de Exoneración de Tarifas (Fee Waiver Form) y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a las partes demandadas. El Formulario de exoneración de tarifas establece los criterios para la exoneración de tarifas y puede obtenerlo llamando a nuestro Servicio a los Miembros.

Número de árbitros

El número de árbitros puede afectar la responsabilidad de los Demandantes de pagar los honorarios y los gastos del árbitro imparcial (consulte el Reglamento).

Si la Petición de Arbitraje busca obtener el pago por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse ante los oficios de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por

escrito, después de que surgió una disputa y se presentó una solicitud de arbitraje obligatorio, que el arbitraje habrá de resolverse por dos árbitros representantes de las partes y un árbitro imparcial. El árbitro imparcial no tendrá autoridad para adjudicar una compensación monetaria por daños mayores a \$200,000.

Si la Petición de arbitraje intenta obtener compensación monetaria total por daños superiores a \$200,000, la disputa deberán resolverla y determinarla un árbitro imparcial y dos árbitros representantes de las partes interesadas, uno de ellos nombrado conjuntamente por todos los Demandantes y otro nombrado conjuntamente por todos los Demandados. Las partes que tengan derecho a elegir su árbitro representante pueden acordar renunciar a este derecho. Si todas las partes consintieran, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pago de los honorarios y gastos de los árbitros

El Plan de Salud pagará los honorarios y los gastos del árbitro imparcial en ciertas condiciones según se describe en las Reglamento. En todos los otros arbitrajes, los honorarios y los gastos del árbitro imparcial serán pagados equitativamente por los Demandantes y los Demandados.

Si las partes optan por seleccionar sus propios árbitros, los Demandantes serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro, nombrado por ellos, y los Demandados serán responsables del pago de los honorarios y los gastos de su propio árbitro.

Costos

A excepción de los honorarios y los gastos antes mencionados del árbitro imparcial y de lo estipulado en contrario por las leyes aplicables a los arbitrajes que se describen en esta sección "Arbitraje vinculante", cada una de las partes será responsable de pagar los honorarios de sus propios abogados, los honorarios de testigos y otros gastos sufragados en la acusación o la defensa que se haga en contra o a favor de un reclamo, independientemente de la naturaleza del reclamo o de los resultados del arbitraje.

Disposiciones generales

Se deberá abandonar y excluir definitivamente un reclamo si (1) en la fecha de la notificación de la Petición de arbitraje para el reclamo, en caso de que el reclamo haya sido afirmado en una acción civil, prescribiría para los Demandados notificados en virtud de la legislación aplicable, (2) los Demandantes no proceden con una diligencia razonable con el reclamo de arbitraje de conformidad con el Reglamento indicado en este documento o (3) la audiencia de arbitraje no comienza en un plazo de cinco años después de (a) la fecha de notificación de la Petición de arbitraje de acuerdo con los procedimientos establecidos en el presente documento o (b) la fecha de presentación de una acción civil basada en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con el reclamo, lo que ocurra primero. Un árbitro imparcial puede desestimar un reclamo por otras causas basándose en la presencia de motivos justificantes. Si una de las partes no asiste a la audiencia de arbitraje después de haber recibido la notificación correspondiente, el árbitro imparcial puede proceder a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnización por Lesiones Médicas de California de 1975 (con sus enmiendas), incluidas las secciones que establecen el derecho de presentar pruebas de los pagos de seguros o de beneficios por incapacidad del paciente, la limitación de la recuperación por pérdidas no económicas y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a todo reclamo por negligencia profesional o cualquier otro reclamo, según lo permita o contemple la ley.

La sección “Arbitraje Vinculante”, la Sección 2 de la Ley Federal de Arbitraje y las disposiciones del Código Procesal Civil de California relativas al arbitraje que estén vigentes en el momento de la aplicación del estatuto, en combinación con el Reglamento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan la sección “Arbitraje vinculante”. De acuerdo con la norma que se aplica según las secciones 3 y 4 de la Ley Federal de Arbitraje, el derecho a arbitraje de conformidad con la sección “Arbitraje Vinculante” no se rechazará, diferirá ni se evitará de ninguna otra manera a causa de que una disputa entre una Parte del Miembro y una Parte de Kaiser Permanente involucre reclamos sujetos y no sujetos a arbitraje o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sean una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o de transacciones relacionadas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudieran estar en conflicto.

Cancelación de la membresía

Se requiere que su grupo informe al suscriptor la fecha en que se cancela la membresía. La fecha de cancelación de su membresía es el primer día en que ya no tenga cobertura (por ejemplo, si la fecha de cancelación es el 1 de enero de 2026, su cobertura estará vigente hasta las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025). Cuando finaliza la membresía de un Suscriptor, las membresías de sus Dependientes finalizan al mismo tiempo. Se le facturará como no Miembro cualquier Servicio que reciba después de que se cancele su membresía. Al cancelarse su membresía, el Plan de Salud y los Proveedores del Plan ya no tienen obligación ni responsabilidad alguna conforme a esta EOC, excepto:

- Según lo establecido en “Pagos después de la cancelación del plan de seguro” de la sección “Cancelación de la membresía”.
- Si está recibiendo Servicios cubiertos como parte de la atención de un problema médico agudo como paciente hospitalizado en la fecha de cancelación, continuaremos cubriendo sus Servicios de hospital (pero no los Servicios del médico ni ningún otro Servicio) hasta que le den el alta.

Hasta que finalice su membresía, usted continúa siendo Miembro de Senior Advantage y debe continuar recibiendo su atención médica de nosotros, excepto lo que se describe en la sección “Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia” sobre Servicios de Emergencia, Atención de Posestabilización y Atención de Urgencia Fuera del Área, y en la sección “Beneficios y su Costo Compartido” sobre la atención para diálisis fuera del área.

Nota: Si se inscribe en otro plan de salud de Medicare o en un plan de medicamentos recetados, se cancelará su membresía de Senior Advantage según se describe en “Cómo cancelar la afiliación a Senior Advantage” de esta sección “Cancelación de la membresía”.

Cancelación de la membresía debido a la pérdida de elegibilidad

Si ya no cumple con los requisitos de elegibilidad descritos en el punto “Quién es Elegible” de la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”, su Grupo le notificará la fecha de cancelación de su membresía. La fecha de cancelación de su membresía es el primer día que usted ya no tiene cobertura. Por ejemplo, si su fecha de cancelación es el 1 de enero de 2026, tendrá cobertura hasta las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2025.

Además, cancelaremos su membresía de Senior Advantage el último día del mes si usted:

- Está temporalmente ausente de nuestra Área de Servicio durante más de seis meses seguidos.
- Cambia de domicilio en forma permanente fuera de nuestra área de servicio.
- Ya no tiene Medicare Parte B.
- Se inscribe en otro Plan de Salud de Medicare (por ejemplo, en un Plan de Medicare Advantage o en un plan de medicamentos recetados de Medicare). Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid automáticamente cancelarán su membresía de Senior Advantage cuando entre en vigencia su inscripción en el otro plan.
- No es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos notificarán si usted no reúne los requisitos para seguir siendo un miembro por este motivo. Debemos cancelar su afiliación si no cumple con este requisito.

Además, si se le pide que pague la cantidad adicional de la Parte D debido a su ingreso y no la paga, Medicare cancelará su afiliación al Plan Senior Advantage y usted perderá la cobertura de los medicamentos recetados.

Nota: Si pierde la elegibilidad para Senior Advantage debido a alguna de estas circunstancias, tal vez sea elegible para transferir su membresía a otro plan de Kaiser Permanente que ofrezca su Grupo. Comuníquese con su Grupo y pídale información.

Cancelación del acuerdo

Si el *Acuerdo* de su Grupo con nosotros se cancela por cualquier razón, su membresía finaliza en la misma fecha. Su Grupo debe notificar a los Suscriptores por escrito si cancela su *Acuerdo* con nosotros.

Cómo cancelar la afiliación a Senior Advantage

Puede cancelar su membresía (cancelar la afiliación) de Senior Advantage en cualquier momento. Sin embargo, antes de solicitar la cancelación de la afiliación, consulte a su Grupo para determinar si puede continuar con su membresía del Grupo.

Si solicita la cancelación de la afiliación durante la inscripción abierta de su Grupo, la fecha de vigencia de la cancelación de la afiliación estará determinada por la fecha en que recibamos su solicitud por escrito y la fecha en que finalice la cobertura del Grupo. La fecha de vigencia no será antes del primer día del siguiente mes luego de que recibamos su solicitud por escrito ni después de tres meses luego de que recibamos su solicitud.

Si solicita la cancelación de la afiliación en otro momento que no sea durante la inscripción abierta de su Grupo, la fecha de vigencia de la cancelación de la afiliación será el primer día del mes siguiente a cuando recibamos su solicitud de cancelación de la afiliación.

Puede solicitar la cancelación de la afiliación si llama a la línea telefónica gratuita 1-800-MEDICARE/1-800-633-4227 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048), las 24 horas del día, siete días a la semana, o envíe una notificación por escrito a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
California Service Center
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400

Otros Planes de Salud de Medicare. Si desea inscribirse en otro plan de salud de Medicare o en un plan de medicamentos recetados de Medicare, debe confirmar primero con el otro plan y su Grupo que puede inscribirse en su plan. Su nuevo plan o su Grupo le informará la fecha en que comienza su membresía en el plan nuevo y su membresía de Senior Advantage finalizará ese mismo día (la fecha de cancelación de su afiliación).

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid nos informarán si se inscribe en otro plan de salud de Medicare para que no sea necesario que usted nos envíe una solicitud de cancelación de la afiliación.

Original Medicare. Si solicita la cancelación de la afiliación de Senior Advantage y no se inscribe en otro plan de salud de Medicare, lo inscribirán automáticamente en Original Medicare cuando finalice

su membresía de Senior Advantage (su fecha de cancelación de la afiliación). A partir de la fecha de cancelación de la afiliación, puede empezar a usar su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir los servicios de Original Medicare. No recibirá nada por escrito que notifique que tiene Original Medicare después de la cancelación de la afiliación. Si elige Original Medicare y desea continuar recibiendo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D, deberá inscribirse en un plan de medicamentos recetados.

Si recibe Beneficio Adicional de Medicare para pagar sus medicamentos recetados, y cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan aparte de medicamentos recetados de Medicare Parte D, es posible que Medicare le inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si usted cancela su afiliación a un plan de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable para medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Cancelación de Contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

Si se cancela nuestro contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para ofrecer Senior Advantage, su membresía de Senior Advantage terminará en la misma fecha. Le enviaremos una notificación por escrito con anticipación y le informaremos sus opciones de atención médica. Además, es probable que sea elegible para transferir su membresía a otro plan de Kaiser Permanente que ofrezca su Grupo.

Cancelación con causa

Podemos cancelar su membresía enviando una notificación por escrito con anticipación si comete uno de los siguientes actos:

- Si mantiene de forma continua un comportamiento inapropiado, a tal punto que el hecho de seguir inscrito afecte considerablemente nuestra capacidad de organizar o brindarle atención médica a usted o a otros miembros nuestros. No podemos cancelar su membresía en el Plan Senior Advantage por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía del plan para obtener atención médica. No podemos cancelar su membresía en el Plan de Senior Advantage por este motivo, a menos que obtengamos primero la autorización de Medicare. Si se cancela su afiliación por esta razón, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid tal vez refieran su caso al Inspector General para que continúe la investigación.

- Comete un robo contra el Plan de Salud, un Proveedor del Plan o un Centro del Plan.
- Usted intencionalmente presenta información falsa sobre la membresía o comete fraude en relación con la obtención de su membresía. No podemos cancelar su membresía en el Plan Senior Advantage por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare.
- Si es encarcelado (si va a prisión).
- Si falsifica u oculta intencionalmente información sobre otras partes que le brindan reembolsos por su cobertura de medicamentos recetados

Si cancelamos su membresía con causa, no se le permitirá inscribirse en el plan de salud en el futuro hasta que haya completado una Orientación para miembros y haya firmado una declaración en la que prometa cumplir las reglas. Podemos informar a las autoridades sobre cualquier fraude o delito para que tomen las medidas correspondientes.

Cancelación por falta de pago de las primas

Si no recibimos las Primas para su familia, podemos cancelar las membresías de todos los miembros de su familia.

Cancelación de un producto o de todos los productos

Es posible que cancelemos un producto específico o todos los productos que se ofrezcan en el mercado de grupos según lo permita o exija la ley. Si dejamos de ofrecer un producto específico en el mercado de grupos, cancelaremos ese producto específico enviándole una notificación por escrito por lo menos 90 días antes de que el producto se cancele. Si dejamos de ofrecer todos los productos en un mercado de grupos, cancelaremos el *Acuerdo* de su Grupo enviándole una notificación por escrito por lo menos 180 días antes de que el *Acuerdo* se cancele.

Pagos después de la terminación

Si cancelamos su membresía con causa o por falta de pago, haremos lo siguiente:

- Le reembolsaremos toda cantidad que se adeude por las Primas pagadas después de la fecha de cancelación.
- Le pagaremos toda cantidad que hayamos determinado que le debemos por reclamos durante su membresía de acuerdo con la sección “Solicitudes de pago”. Deduciremos de nuestros pagos cualquier monto que usted adeude al Plan de Salud o a los Proveedores del Plan.

Revisión de la cancelación de la membresía

Si cree que cancelamos su membresía de Senior Advantage debido a sus problemas de salud o necesidades de atención médica, puede presentar una queja informal, como se describe en la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Continuidad de la membresía

Si su membresía conforme a esta *Evidencia de Cobertura* de Senior Advantage finaliza, usted podría ser elegible para continuar siendo Miembro del Plan de Salud sin interrupciones en su cobertura. Podría mantener la cobertura grupal conforme a esta *Evidencia de Cobertura* de Senior Advantage, tal como se describe en el punto “Continuidad de la cobertura grupal”. Además, podría continuar su membresía con un plan individual, tal como se describe en el punto “Cambio de la membresía de grupo por un plan individual”. Si, en algún momento, usted cumple los requisitos para mantener su cobertura grupal, evalúe cuidadosamente sus opciones de cobertura antes de rechazar esta cobertura. Las primas y la cobertura de un plan individual serán diferentes a las primas y la cobertura de su plan de Grupo.

Continuidad de la cobertura de grupo

COBRA.

Es posible que pueda continuar con su cobertura según esta *Evidencia de Cobertura* de Senior Advantage durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) federal. COBRA se aplica a la mayoría de los empleados (y la mayoría de sus Dependientes familiares) de la mayor parte de los empleadores que tenga 20 o más empleados.

Si su Grupo está sujeto a las disposiciones de la COBRA y usted reúne los requisitos para recibir cobertura de la COBRA, para inscribirse debe presentar un formulario de elección de la COBRA a su Grupo dentro del período de elección de la COBRA. Pídale a su Grupo información detallada sobre la cobertura de la COBRA, por ejemplo, cómo elegir la cobertura, cuánto debe pagar por la cobertura, cuándo pueden cambiar la cobertura y las Primas y dónde enviar sus pagos de las Primas.

Según se describe en el título “Cambio de la membresía de grupo por un plan individual” de la sección “Continuidad de membresía”, es posible que pueda cambiarse a un plan individual (no grupal) si no solicita la cobertura de la COBRA o si se inscribe en la COBRA y finaliza su cobertura de la COBRA.

Cobertura de un problema médico incapacitante

Si quedara totalmente discapacitado siendo miembro según el *Acuerdo* su Grupo con nosotros y mientras el

Suscriptor esté empleado por su Grupo, y el *Acuerdo* de su Grupo con nosotros se cancele y no se renueve, cubriremos los Servicios de su condición totalmente discapacitante hasta que se produzca el primero de los siguientes eventos:

- Han pasado 12 meses desde que se terminó el *Acuerdo* de su Grupo con nosotros.
- Usted ya no esté totalmente incapacitado.
- El *Acuerdo* de su Grupo con nosotros se reemplaza por otro plan de salud del grupo sin limitaciones con respecto a la afección discapacitante.

Su cobertura estará sujeta a los términos de esta *EOC*, incluidos los Costos Compartidos, pero no cubriremos los Servicios para ninguna otra afección fuera de su afección totalmente incapacitante.

Para los Suscriptores y los Dependientes adultos, “totalmente discapacitado” significa que, a criterio de un médico del Grupo Médico, se prevé que una enfermedad o lesión provocará la muerte, o ha durado o se prevé que durará un período de, por los menos, 12 meses corridos e impide que la persona pueda tomar un empleo u ocupación, incluso con capacitación, educación y experiencia.

En el caso de los Dependientes menores, “totalmente discapacitado” significa que, a criterio de un médico del Grupo Médico, se prevé que una enfermedad o lesión provocará la muerte, o ha durado o se prevé que durará un período de por los menos 12 meses corridos y la lesión o la enfermedad impide que el menor pueda participar sustancialmente en las actividades normales de los niños sanos de su edad.

Para solicitar la continuidad de cobertura para su afección médica discapacitante, debe llamar a Servicio a los Miembros en un plazo de 30 días después de que haya finalizado el *Acuerdo* de su Grupo con nosotros.

Cambio de la membresía de grupo por un plan individual

Una vez que su Grupo nos notifique que cancelemos su membresía de Grupo, le enviaremos una carta de cancelación a la dirección registrada del Suscriptor. La carta incluirá información sobre las opciones que posiblemente estén disponibles para usted a fin de que continúe siendo Miembro del Plan de Salud.

Kaiser Permanente Conversion Plan

Si desea conservar su membresía del Plan de Salud, una opción que podría estar disponible es nuestro Senior Advantage Individual Plan. Es posible que reúna los requisitos para inscribirse en nuestro plan individual si ya no reúne los requisitos de elegibilidad descritos en “Quién es elegible” de la sección “Primas, Elegibilidad e Inscripción”. La Cobertura del plan individual

comienza cuando finaliza su Cobertura grupal. Las primas y la cobertura de nuestro plan individual son diferentes a las descritas en esta *Evidencia de Cobertura* e incluirán la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Sin embargo, si ya no reúne los requisitos para recibir la cobertura de Senior Advantage y Grupal, es posible que los reúna para cambiarse a nuestro plan individual que no es de Medicare, llamado “Kaiser Permanente Individual_Conversion Plan”. Es posible que reúna los requisitos para inscribirse en nuestro Individual_Conversion Plan si recibimos su solicitud de inscripción dentro de los 63 días de la fecha de nuestra carta de cancelación o de la fecha de cancelación de su membresía (la fecha que sea posterior).

No puede ser elegible para cambiarse de plan si su membresía finaliza por las razones que se expusieron en “Cancelación con causa” o “Cancelación del *Acuerdo*” en la sección “Cancelación de la membresía”.

Disposiciones diversas

Administración del Acuerdo

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz de su *Acuerdo* de Grupo, incluida esta *Evidencia de Cobertura*.

Enmiendas al Acuerdo

El *Acuerdo* de su Grupo con nosotros cambiará periódicamente. Si estos cambios afectan esta *EOC*, su Grupo debe informárselo de acuerdo con las leyes correspondientes y con el *Acuerdo* de su Grupo.

Solicitudes y declaraciones

Deberá completar las solicitudes, formularios y declaraciones que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales o según se indique en esta *EOC*.

Asignaciones

Usted no puede ceder esta *Evidencia de Cobertura* ni los derechos, intereses, reclamos por dinero adeudado, obligaciones o beneficios establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

Honorarios y gastos de abogados y defensores

En cualquier disputa entre un Miembro y el Plan de Salud, el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, cada una de las partes será responsable por sus propios gastos y honorarios de abogados.

Facultad para revisión de reclamos

Tenemos la responsabilidad de determinar si tiene derecho a recibir beneficios conforme a esta *EOC* y la facultad para revisar y evaluar, a nuestra entera discreción, los reclamos que surjan en virtud de esta *EOC*. Para realizar esta evaluación, interpretaremos las disposiciones de esta *EOC* de forma independiente. Podemos revisar los reclamos con la ayuda de expertos médicos. Si la cobertura conforme a esta *EOC* está sujeta a la reglamentación del procedimiento de reclamos (29 CFR 2560.503-1) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados (“ERISA”), somos un “fiduciario de reclamos reconocido” para revisar reclamos conforme a esta *EOC*.

Evidencia de Cobertura obligatoria para los miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios de esta *EOC*, los Miembros con capacidad legal para celebrar un contrato y los representantes legales de los Miembros que no tengan esta capacidad aceptan todas las disposiciones de esta *EOC*.

Avisos sobre la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados

Esta sección se aplica solamente si el plan de beneficios de salud de su Grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, “ERISA”). Proporcionamos estos avisos para colaborar ayudar a los grupos cubiertos por la ERISA a que cumplan con esta ley. La cobertura de estos Servicios que se describe en estos avisos está sujeta a todas las disposiciones de esta *EOC*.

Ley de Protección de la salud de la Madre y del Recién Nacido (Newborns' and Mother's Health Protection Act)

Los planes de salud de Grupo y las compañías de seguro médico en general no deben, de acuerdo con la Ley federal, restringir los beneficios de la permanencia en el hospital relacionada con el parto para la persona que da a luz o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe al proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dar el alta hospitalaria a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes y las compañías de seguro médico no deben, de acuerdo con la Ley federal, requerir que un proveedor obtenga la autorización del plan o de la compañía de seguro médico para indicar que la permanencia no dure más de 48 horas (o 96 horas).

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de las Mujeres

Si le han hecho o le van a hacer una mastectomía, es posible que tenga derecho a recibir determinados beneficios de acuerdo con la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer. Para las personas que reciban los beneficios relacionados con la mastectomía, se proporcionará cobertura de acuerdo con lo determinado en consulta con el médico adjunto y la paciente, para todas las etapas de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía, la cirugía y la reconstrucción del otro seno para lograr una apariencia simétrica, prótesis y tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos los linfedemas. Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con el mismo Costo compartido correspondiente para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados a través de este plan.

Legislación aplicable

Excepto cuando tengan precedencia las leyes federales, esta *EOC* se regirá por las leyes de California, y cualquier disposición que deba incluirse en esta *EOC* como consecuencia de las leyes mencionadas será de cumplimiento obligatorio para los Miembros y el Plan de Salud, aunque no se estipule en esta *EOC*.

El Grupo y los Miembros no son agentes

Ni su Grupo ni ningún Miembro es agente o representante del Plan de Salud.

Sin exención

El hecho de que no hagamos cumplir cualquiera de las disposiciones de esta *Evidencia de Cobertura* no constituirá una renuncia a dicha disposición o a cualquier otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de las disposiciones.

Notificaciones sobre su cobertura

Enviaremos cualquier aviso a la dirección más reciente que tengamos del Suscriptor. El Suscriptor es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de dirección. Los Suscriptores que cambien de domicilio deben llamar a Servicio a los Miembros y al Seguro Social a la línea telefónica gratuita **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**) lo antes posible para informar su nueva dirección. Si un Miembro no vive con el Suscriptor o necesita que se envíe información confidencial a una dirección distinta a la del Suscriptor, debe llamar a Servicio a los Miembros para analizar otras opciones de entrega.

Importante: Cuando informemos al Grupo acerca de cambios en esta *Evidencia de Cobertura* o proporcionemos a su Grupo otra información que le afecte a usted, su Grupo debe notificar al

Suscriptor en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que recibe la información que le enviamos. El Suscriptor también es responsable de notificar al Grupo cualquier cambio en la información de contacto.

Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de recaudar fondos para los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente Senior Advantage, como Organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que ejerce la Secretaría en virtud de las normas de los CMS de las subsecciones B a D de la sección 411 del Título 42 del CFR y las normas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

Recuperación de pagos en exceso

Nos reservamos el derecho de recuperar cualquier pago en exceso que hayamos realizado por concepto de Servicios de cualquiera que reciba este pago en exceso o de cualquier otra persona u organización obligada a pagar por los Servicios.

Participación en la política pública

La Junta Directiva de Kaiser Foundation Health Plan, Inc. establece una política pública para el Plan de Salud. Para obtener una lista de los integrantes de esta Junta Directiva, visite nuestro sitio web en kp.org o llame a Servicio a los Miembros. Si desea compartir con la Junta alguna opinión personal sobre la política pública del Plan de Salud, envíe sus comentarios por escrito a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Office of Board and Corporate Governance
Services
One Kaiser Plaza, 19th Floor
Oakland, CA 94612

Acceso Telefónico (TTY)

Si utiliza un dispositivo telefónico de texto (TTY, también conocido como TDD) para comunicarse por teléfono, puede usar el Servicio de Retransmisión de California llamando al 711.

Recursos y Números de Teléfono Importantes

Kaiser Permanente Senior Advantage

Cómo comunicarse con Servicio a los Miembros del plan

Si necesita ayuda, por favor llame o escriba a Servicios a los Miembros de nuestro plan. Será un placer ayudarlo.

Servicio a los Miembros: información de contacto

Teléfono **1-800-443-0815**

Las llamadas a este número no tienen costo.

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY **711**

Las llamadas a este número son gratuitas.

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Escriba a: Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).

Sitio web kp.org

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja sobre sus Servicios

- Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos que reciba.
- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que tomamos.
- Puede presentar una queja informal sobre nosotros o sobre uno de los proveedores de la red, incluida una queja informal sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura.

Si desea obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o cómo presentar una apelación o una queja sobre su atención médica, consulte la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Decisiones de cobertura, apelaciones o quejas por los Servicios: información de contacto

Teléfono 1-800-443-0815

Las llamadas a este número no tienen costo.

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal reúne los requisitos para recibir una decisión rápida tal como se describe en “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas” llame a la Unidad de revisiones aceleradas al **1-888-987-7247**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., de lunes a sábado.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Por fax: Si su decisión sobre la cobertura, apelación o queja informal **reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada**, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de revisiones aceleradas al **1-888-987-2252**.

Correo postal

Para una **decisión normal sobre la cobertura o una queja informal**, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).

Para una **apelación normal**, escriba a la dirección que se muestra en la notificación de denegación que le enviamos.

Si su decisión de cobertura, apelación o queja informal **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, escriba a:

Kaiser Permanente.
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Sitio web de Medicare. Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal en línea a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión sobre la cobertura respecto a sus medicamentos recetados de la Parte D

- Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos recetados cubiertos por el beneficio de la Parte D de su plan.

Si desea obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Decisiones sobre la cobertura sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Teléfono 1-877-645-1282

Las llamadas a este número no tienen costo.

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

TTY 711

Las llamadas a este número no tienen costo.

Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Por fax: 1-844-403-1028

Correo postal

OptumRx
c/o Prior Authorization
P.O. Box 2975
Mission, KS 66201

Sitio web kp.org

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión sobre la cobertura que tomamos.

Si desea obtener más información sobre cómo solicitar apelaciones sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas”. Puede llamarnos si tiene alguna pregunta sobre nuestro proceso de apelaciones.

Apelaciones relacionadas con medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Teléfono 1-866-206-2973

Las llamadas a este número no tienen costo.

Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

TTY 711

Las llamadas a este número no tienen costo.

Los 7 días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.

Por fax: 1-866-206-2974

Correo postal

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Sitio web kp.org

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja informal sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre una de las farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de la atención. Este tipo de queja informal no abarca disputas sobre pagos ni cobertura (Si su problema

es sobre la cobertura o los pagos de nuestro plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo solicitar decisiones sobre la cobertura o presentar apelaciones). Si desea obtener más información sobre cómo presentar una queja informal sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte la sección “Decisiones sobre la Cobertura, Apelaciones y Quejas”.

Quejas informales sobre los medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto

Teléfono 1-800-443-0815

Las llamadas a este número no tienen costo.
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Si su queja informal **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, llame a la Unidad de la Parte D al **1-866-206-2973**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., siete días a la semana. Consulte la sección “Decisiones de Cobertura, Apelaciones y Quejas” para saber si su problema reúne los requisitos para una decisión rápida.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Por fax: Si su queja informal reúne los requisitos para recibir una revisión acelerada, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al **1-866-206-2974**.

Correo postal

En el caso de una **queja informal normal**, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).

Si su queja informal **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, escriba a:
Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Sitio web de Medicare. Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal en línea a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

A dónde debe enviar una solicitud para que paguemos nuestra parte del costo por Servicios o un medicamento de la Parte D que ya recibió

Si recibió una factura o pagó por servicios (tal como una factura de un proveedor) que considera que nosotros debemos pagar, quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos la factura del proveedor. Consulte la sección “Solicitudes de pago”.

Importante: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Consulte la sección “Decisiones sobre la

Cobertura, Apelaciones y Quejas” para obtener más información.

Solicitudes de pago: Información de contacto

Teléfono 1-800-443-0815

Las llamadas a este número no tienen costo.
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Nota: Si solicita el pago de un medicamento de la Parte D que haya recetado un Proveedor del Plan y que haya obtenido en una Farmacia del Plan, llame a nuestra unidad de la Parte D al **1-866-206-2973**, de 8:30 a. m. a 5 p. m., siete días a la semana.

TTY 711

Las llamadas a este número no tienen costo.
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Correo postal

Para atención médica:

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

Para medicamentos de la Parte D:

Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que fue recetado y suministrado por un proveedor del plan, puede enviar por fax su solicitud al 1-866-206-2974 o enviarnos un correo a:

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

Sitio web kp.org

Plan de pagos de medicamentos recetados de Medicare: información de contacto

Teléfono 1-800-443-0815

Las llamadas a este número no tienen costo.
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Servicio a los Miembros también ofrece servicios de interpretación para las personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Escriba a: Su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el Directorio de Proveedores para obtener ubicaciones).

Sitio web kp.org

Medicare

Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare

Medicare es el programa federal de seguro para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con determinadas incapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o un trasplante de riñón). La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados CMS). Esta agencia tiene un contrato con las organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: Información de contacto

Teléfono 1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227

Las llamadas a este número no tienen costo.
Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

TTY 1-877-486-2048

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo.

Sitio web <https://www.Medicare.gov>

Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le ofrece información actualizada y noticias actuales sobre Medicare. También contiene datos sobre hospitales, hogares geriátricos, médicos, agencias de atención de salud domiciliaria y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

Además, el sitio web de Medicare ofrece información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y sobre las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:

Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información del estado de elegibilidad para Medicare.

Medicare Plan Finder: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas de Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas le ofrecen un cálculo *aproximado* de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan.

Informe a Medicare sobre su queja informal: Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja informal a Medicare, vaya a <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si no tiene una computadora, puede visitar nuestro sitio web desde la computadora de una biblioteca o un centro para personas de la tercera edad de su localidad. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán con usted. Puede llamar a Medicare al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico

Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (SHIP) es un programa del gobierno que cuenta con asesores capacitados en cada estado. En California, el Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud en California se llama Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP).

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

Los consejeros del HICAP pueden explicarle sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre el tratamiento o los servicios que recibe y ayudarle a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los consejeros del HICAP también pueden ayudarle a responder preguntas o problemas sobre Medicare y a comprender las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Método para acceder a SHIP y otros recursos:

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

Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico (Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico del estado de California): información de contacto

Teléfono 1-800-434-0222

Las llamadas a este número no tienen costo.

TTY 711

Correo postal La oficina de HICAP de su condado.

Sitio web www.aging.ca.gov/HICAP/

Organización para el mejoramiento de la calidad

Financiada por Medicare para evaluar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare.

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

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare les paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente y no está relacionada con nuestro plan.

Comuníquese con Livanta si:

- Tiene una queja informal sobre la calidad de la atención que recibió.
- Si considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Cree que su cobertura de salud a domicilio, atención en Centros de enfermería especializada o servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finalizará antes de tiempo.

Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California): información de contacto

Teléfono 1-877-588-1123

Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., fines de semana y días festivos, de 11 a. m. a 3 p. m.

TTY 1-855-887-6668

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

Correo postal Livanta
BFCC – QIO Program

10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701-1105

Sitio web www.livantaqio.com/en

Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de una persona para Medicare y de gestionar la inscripción. Los ciudadanos y los residentes legales permanentes de los Estados Unidos mayores de 65 años, o que tienen una incapacidad o insuficiencia renal terminal y que además cumplen ciertas condiciones, reúnen los requisitos para recibir Medicare. Si ya recibe cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar su oficina local.

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

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

Seguro Social: Información de contacto

Teléfono 1-800-772-1213

Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social y obtener información grabada las 24 horas del día.

TTY 1-800-325-0778

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número no tienen costo. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m.

Sitio web www.ssa.gov

Medicaid

Un programa conjunto federal y estatal que ofrece ayuda financiera para gastos médicos a algunas personas con ingresos y recursos limitados.

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

Además, existen programas que se ofrecen por medio de Medicaid que ayudan a las personas con Medicare a pagar los costos de Medicare, como sus primas, por ejemplo. Estos “Programas de ahorro Medicare” ayudan a las personas con ingresos y recursos limitados a ahorrar dinero todos los años:

- **Beneficiario de Medicare calificado (QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, y otros Costos Compartidos. Algunas personas que tienen QMB también reúnen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+)
- **Beneficiario con bajos ingresos especificado de Medicare (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B. Algunas personas que tienen SLMB también reúnen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+)
- **Persona calificada (QI):** Ayuda al pago de las primas de la Parte B.
- **Personas con discapacidad y con trabajo calificadas (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Contacte con Medi-Cal para obtener más información sobre Medicaid y sus programas.

Medi-Cal (programa de Medicaid de California): información de contacto

Teléfono 1-800-430-4263

Las llamadas a este número no tienen costo. De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

TTY 1-800-430-7077

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla.

Correo postal

CA Department of Health Care
Services Health Care Options
P.O. Box 989009
West Sacramento, CA 95798-9850

Sitio web www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios

La Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores ferroviarios del

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

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

Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios: Información de contacto

Teléfono 1-877-772-5772

Las llamadas a este número no tienen costo. Si marca “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de los Trabajadores Ferroviarios (RRB), de 9 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9 a. m. a 12 p. m., los miércoles.

Si marca “1”, puede acceder a la Línea de Ayuda automatizada de la RRB y a la información grabada 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.

TTY 1-312-751-4701

Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial, y el servicio es únicamente para personas con deficiencias auditivas o del habla. Las llamadas a este número *no* son gratuitas.

Sitio web rrb.gov/

Seguro de Grupo u otro Seguro Médico de un Empleador

Si tiene alguna pregunta sobre el plan de Grupo patrocinado por su empleador, comuníquese con el administrador de beneficios del Grupo. Puede solicitar información sobre los beneficios de salud para jubilados o de su empleador para usted, las contribuciones a la prima de su Grupo, la elegibilidad y los períodos de inscripción.

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

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con los derechos civiles federales aplicables y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, incapacidad o sexo. Además, hacemos lo siguiente:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin cargo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, tales como:
 - intérpretes calificados de lengua de señas;
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles.
- Proporcionamos servicios de idiomas sin cargo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados;
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o le discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela. También puede presentar una queja sobre derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos mediante el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 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 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。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。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815 (TTY 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。