



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

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

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) con Parte D
Evidencia de Cobertura para
CARPENTERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND FOR CALIFORNIA

Identificación del grupo: 26 Contrato: 3 Versión: 92 Número de EOC: 14

Del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019

Central de Llamadas de Servicio a los Miembros
Siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
1-800-443-0815 (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)
kp.org/espanol

This information is available for free in other languages. Please contact our Member Service Contact Center number at **1-800-443-0815** for additional information. (TTY users should call **711**.) Hours are 8 a.m. to 8 p.m., seven days a week. Member Services also has free language interpreter services available for non-English speakers.

*Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Si desea información adicional, por favor llame a nuestra Central de llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815**. (Los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Nuestro horario es de 8 a. m. a 8 p. m., siete días a la semana. Servicios a los Miembros también dispone de servicios gratuitos de interpretación para las personas que no hablan inglés.*

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

Resumen de beneficios	1
Introducción.....	3
Acerca de Kaiser Permanente	3
Vigencia de esta <i>EOC</i>	3
Definiciones.....	4
Primas, elegibilidad e inscripción.....	10
Primas	10
Primas de Medicare	10
Quién es elegible	11
Cuándo puede inscribirse y cuándo comienza la cobertura.....	13
Cómo obtener servicios	16
Cuidados de rutina	16
Atención de Urgencia	16
Nuestros enfermeros consejeros	16
Su Médico Personal del plan	16
Cómo obtener una remisión.....	17
Segundas opiniones	19
Consultas de Telesalud	19
Contratos con Proveedores del Plan	19
Cómo recibir atención fuera de su Región base	20
Su tarjeta de identificación	20
Cómo obtener ayuda.....	20
Centros del Plan.....	21
Directorio de proveedores.....	21
Directorio de farmacias.....	21
Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia	22
Servicios de Emergencia.....	22
Atención de Urgencia	22
Pagos y reembolsos	23
Beneficios y su Costo compartido	23
Su Costo Compartido.....	24
Atención a pacientes ambulatorios	27
Atención a pacientes hospitalizados	29
Servicios de ambulancia	30
Cirugía bariátrica	30
Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo	31
Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental	32
Atención de diálisis	33
Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar.....	34
Servicios de fertilidad.....	36
Educación para la salud	36
Servicios para la audición.....	37
Atención médica a domicilio	37
Cuidados paliativos.....	38
Servicios de salud mental	40
Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas	41
Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios	41
Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios.....	42
Servicios Preventivos	52
Dispositivos protésicos y ortopédicos	52
Cirugía reconstructiva.....	54
Servicios de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud	55

Servicios asociados con ensayos clínicos	55
Atención en una Instalación de Enfermería Especializada.....	56
Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias.....	56
Servicios de trasplantes	57
Servicios para la vista	58
Exclusiones, limitaciones, coordinación de beneficios y reducciones	59
Exclusiones	59
Limitaciones	62
Coordinación de beneficios	62
Reducciones.....	63
Solicitudes de pago.....	65
Solicitudes de pago de los Servicios cubiertos o de los medicamentos de la Parte D.....	65
Cómo solicitar el reembolso o el pago de una factura que recibió.....	66
Consideraremos su solicitud de pago y responderemos <i>Sí</i> o <i>No</i>	67
Otras situaciones en las que debe guardar sus recibos y enviarnos copias.....	67
Sus derechos y responsabilidades.....	68
Debemos respetar sus derechos como Miembro de nuestro plan.....	68
Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan.....	73
Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas	74
Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud	74
Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros	75
¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?	75
Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones.....	75
Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	77
Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	83
Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo	90
Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo	95
Cómo presentar una Apelación de Nivel 3 y superior.....	100
Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas.....	101
También puede informarle a Medicare sobre su queja.....	103
Revisión adicional	104
Arbitraje vinculante	104
Cancelación de la membresía	106
Cancelación de la membresía debido a la pérdida de elegibilidad	107
Cancelación del <i>acuerdo</i>	107
Cómo cancelar la inscripción a Senior Advantage	107
Cancelación de contrato con los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid	108
Cancelación con causa.....	108
Cancelación por falta de pago de las Primas	108
Cancelación de un producto o de todos los productos.....	108
Pagos después de la cancelación.....	108
Revisión de la cancelación de la membresía	109
Continuidad de la membresía	109
Continuidad de la cobertura grupal.....	109
Cambio de membresía de Grupo a plan individual	110
Disposiciones diversas.....	110
Administración del acuerdo.....	110
Enmiendas al <i>acuerdo</i>	110
Solicitudes y declaraciones.....	110
Cesión	110

Honorarios y gastos de abogados y defensores	110
Facultad para revisión de reclamos.....	110
<i>EOC</i> obligatoria para los Miembros.....	110
Avisos sobre la ERISA	110
Legislación vigente.....	111
Grupos y Miembros que no son nuestros agentes	111
Sin exención	111
Avisos	111
Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare	111
Recuperación de pagos en exceso.....	111
Participación en la política pública.....	112
Acceso telefónico (TTY).....	112
Recursos y números de teléfono importantes	112
Kaiser Permanente Senior Advantage	112
Medicare	114
Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.....	115
Organización para el Mejoramiento de la Calidad	115
Seguro Social.....	116
Medicaid	116
Junta de Jubilación para Ferroviarios	117
Seguro de Grupo u otro seguro de salud de un empleador	117
Aviso de no discriminación	119

Resumen de beneficios

Período de Acumulación

El Periodo de Acumulación de este plan es del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019 (año calendario).

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

En el caso de 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 el siguiente monto:

Para cualquier Miembro \$1,500 por año calendario

Deducible del Plan

Ninguno

Servicios profesionales (visitas al consultorio de un Proveedor del Plan) Usted paga

La mayoría de las Consultas de Atención Médica Primaria y
la mayoría de las Consultas con Especialistas No Médicos\$20 por consulta
La mayoría de las Consultas con Especialistas Médicos\$20 por consulta
Visita anual para el bienestar y visita preventiva "Bienvenido a Medicare" Sin cargo
Exámenes físicos de rutina Sin cargo
Exámenes de rutina de los ojos con un Optometrista del Plan\$20 por consulta
Consultas, exámenes y tratamientos de atención de urgencia\$20 por consulta
Terapia física, ocupacional y del habla\$20 por consulta

Servicios para pacientes ambulatorios Usted paga

Cirugía ambulatoria y otros procedimientos ambulatorios\$20 por procedimiento
Inyecciones contra alergias (incluido el suero antialérgico)\$3 por visita
La mayoría de las inmunizaciones (incluida la vacuna) Sin cargo
La mayoría de las radiografías y los 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 de laboratorio y medicamentos Sin cargo

Cobertura médica de emergencias Usted paga

Consultas en el Departamento de Emergencias\$50 por consulta

Servicios de ambulancia Usted paga

Servicios de ambulancia Sin cargo

Cobertura para medicamentos recetados Usted paga

Medicamentos cubiertos para pacientes ambulatorios, de acuerdo con
las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles:

La mayoría de los medicamentos genéricos\$10 para un suministro de hasta 100 días
La mayoría de los medicamentos de marca\$25 para un suministro de hasta 100 días
La mayoría de los medicamentos especializados20 por ciento de Coseguro (no debe ser mayor a
\$150) para un suministro de hasta 100 días

Equipo Médico Duradero (Durable Medical Equipment, DME) Usted paga

Equipo médico duradero cubierto para uso en el hogar según se describe en esta
Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) Sin cargo

Servicios de salud mental Usted paga

Hospitalización de paciente psiquiátrico Sin cargo
Evaluación y tratamiento individuales de salud mental
para pacientes ambulatorios\$20 por consulta
Tratamiento grupal de salud mental para pacientes ambulatorios\$10 por consulta

Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias Usted paga

Desintoxicación para pacientes hospitalizados Sin cargo
Evaluación y tratamiento individual de trastorno por abuso de
sustancias para pacientes ambulatorios\$20 por consulta

Tratamiento grupal de trastorno por abuso de sustancias para pacientes ambulatorios	\$5 por consulta
Servicios de salud domiciliaria	Usted paga
Atención médica a domicilio (de medio tiempo, intermitente)	Sin cargo
Otros	Usted paga
Anteojos o lentes de contacto cada 24 meses	El monto que exceda la Asignación de \$150
Audífonos cada 36 meses	El monto que exceda la Asignación de \$2,500 por audífono
Atención en una Instalación de Enfermería Especializada (hasta 100 días por período de beneficios)	Sin cargo
Dispositivos protésicos y ortopédicos externos, tal como se describe en esta EOC	Sin cargo
Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas	Sin cargo

Este es un resumen de las preguntas que se hacen con más frecuencia sobre los beneficios. Esta tabla no explica los beneficios, el Costo Compartido, el gasto máximo de bolsillo, las exclusiones ni las limitaciones, y tampoco menciona las cantidades del Costo Compartido de todos los beneficios. Consulte las secciones "Beneficios y su Costo Compartido" y "Exclusiones, limitaciones, coordinación de beneficios y reducciones" para obtener una explicación detallada.

Introducción

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) con la Parte D" (Senior Advantage), excepto cuidados paliativos para miembros con Medicare Parte A, que tienen cobertura de 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 organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Esta *Evidencia de Cobertura* ("EOC") describe nuestra cobertura de atención médica de Senior Advantage proporcionada según el *Acuerdo de Grupo* (*Acuerdo*) entre el Plan de Salud (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.) y su Grupo (la entidad con la que el Plan de Salud firmó el *Acuerdo*). El *Acuerdo* contiene términos adicionales tales como las Primas, cuándo puede cambiar la cobertura, la fecha de entrada en vigor de la cobertura y la fecha de entrada en vigor 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)", y 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 conocer.

Es importante leer por completo esta *EOC* para familiarizarse con las condiciones de cobertura y poder aprovechar al máximo todos los beneficios de su Plan de Salud. Además, si tiene necesidades especiales de atención médica, lea detenidamente las secciones correspondientes.

Acerca de Kaiser Permanente

LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER QUIÉNES O QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES PUEDEN PROPORCIONARLE 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, tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tales como cuidados de rutina con su Médico personal del Plan, atención hospitalaria, Servicios de laboratorio y farmacia, Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia, y otros beneficios que se describen en esta *EOC*. Además, nuestros programas de educación para la salud ofrecen excelentes formas de proteger y mejorar su salud.

Proporcionamos Servicios cubiertos a los Miembros a través de 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, excepto como se describe en las secciones que aparecen a continuación para los siguientes Servicios:

- remisiones autorizadas, como se describe bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios"
- ciertos servicios de atención cuando visita el área de servicio de otra Región según se describe en "Cómo recibir atención fuera 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, como se describe 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 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 según se describe en "Servicios asociados con ensayos clínicos" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"

Vigencia de esta EOC

Esta *EOC* corresponde al periodo que va desde el 1.º de enero de 2019 hasta el 31 de diciembre de 2019, a menos que se modifique. Los beneficios, los Copagos y los Coseguros pueden cambiar el 1.º 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 *EOC* todavía tiene vigencia y entregarle una vigente si la *EOC* se ha modificado.

Definiciones

Algunos términos tienen un significado especial en esta *EOC*. Cuando utilizamos 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 12 meses consecutivos o menos para acumular montos para los deducibles (si corresponde) y los gastos máximos de bolsillo. El Período de Acumulación de esta *EOC* es del 1.º de enero de 2019 al 31 de diciembre de 2019.

Asignación: Un monto específico que se le acredita a usted para comprar un artículo. Si el precio del o de los artículos excede la Asignación, usted deberá pagar la diferencia (y este pago no se aplicará para el deducible ni para el gasto máximo de bolsillo).

Etapas de Cobertura para Catástrofes: La etapa de beneficios para medicamentos de la Parte D en la que paga un Copago o Coseguro bajo por sus medicamentos de la Parte D una vez que usted o terceros autorizados hayan gastado en su nombre \$5,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año cubierto. Nota: Esta cantidad puede cambiar cada 1.º de enero de acuerdo con los requisitos de Medicare.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): La agencia federal que administra el programa de Medicare.

Cobertura Adicional: Beneficios opcionales como acupuntura, quiropraxia o cobertura dental que pueden estar disponibles para los Miembros inscritos bajo esta *EOC*. Si su plan incluye Cobertura Adicional, estará descrita en una enmienda a esta *EOC* o en un acuerdo distinto de parte del emisor de la cobertura.

Cargos: "Cargos" significa lo siguiente:

- en el caso de Servicios prestados por el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals, los cargos del cronograma 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 capitación a un proveedor (excepto el Grupo Médico o Kaiser Foundation Hospitals) los cargos del cronograma de cargos que Kaiser Permanente negocia con el proveedor al que se paga por capitación
- en el caso de los artículos obtenidos en una farmacia que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente, el monto que la farmacia cobraría a un Miembro por un artículo que no está 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 según esta *EOC*.

Queja: El nombre formal para "presentar una queja" es "interponer una queja formal". El proceso de quejas informales se utiliza solo para algunos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. Vea también "Queja Formal".

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

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

Costo Compartido: Es el monto que usted debe pagar por los Servicios cubiertos. Por ejemplo, su Costo Compartido podría ser 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 por esos Servicios serán Cargos 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 de la Parte D y la cantidad, si corresponde, 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: Un Miembro que cumple los requisitos de elegibilidad como Dependiente (consulte los requisitos de elegibilidad para los dependientes en "Quién es elegible" en la sección "Primas, elegibilidad e inscripción").

Equipo Médico Duradero (DME): Determinado equipo médico que pide el médico por motivos médicos. Entre los ejemplos, se incluyen andaderas, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para personas con diabetes, bombas de infusión intravenosas (IV), dispositivos generadores del habla,

equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que ordena un proveedor para su uso en el hogar.

Afección Médica de Emergencia: Una afección médica o mental que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido 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 de inmediato podría presentarse alguna de las siguientes situaciones:

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

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 Afección Médica de Emergencia, tales como:

- un examen de detección médico que se encuentra dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios adicionales (como los Servicios de imágenes diagnósticas y laboratorio), disponibles normalmente en el departamento de emergencias, para evaluar la Afección 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 afección, los Servicios que recibe son de Atención de Posestabilización y no Servicios de Emergencia)

EOC: Este documento de *Evidencia de Cobertura*, incluida cualquier enmienda, que describe la cobertura de atención médica de "Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO) con Parte D" según el Acuerdo *del Plan de Salud* con su Grupo.

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

Familia: Un Suscriptor y todos sus Dependientes.

Queja Formal: Una queja que presenta contra nosotros, incluida una queja sobre la calidad de la atención que recibe. Este tipo de queja no abarca disputas sobre cobertura o pagos.

Grupo: La entidad con la que el Plan de Salud firmó el *Acuerdo* que incluye esta *EOC*.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., una corporación 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: La Región en la que se inscribió (la Región norte de California o la Región sur de California).

Periodo de Inscripción Inicial: Cuando reúne los requisitos por primera vez para participar en Medicare, el periodo en que puede inscribirse para Medicare Parte B. Por ejemplo, si reúne los requisitos para la Parte B cuando cumple 65 años, su Periodo 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.

Grupo Médico: The Permanente Medical Group, Inc. es una corporación profesional con fines de lucro.

Necesario desde el Punto de Vista Médico: Un servicio es Necesario desde el Punto de Vista Médico si es adecuado y necesario desde este punto de vista para prevenir, diagnosticar o tratar su afección o sus síntomas clínicos según las normas profesionales de atención generalmente aceptadas y si cumple con las normas de atención de la comunidad médica.

Medicare: Programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas incapacidades y personas con insuficiencia renal terminal (generalmente, con insuficiencia renal permanente, que requiere diálisis o trasplante renal). Una persona inscrita en un plan de Medicare Parte D tiene Medicare Parte D en virtud de su inscripción en el plan Parte D (esta *EOC* es para un plan de la Parte D).

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 los cuidados paliativos que cubre Original Medicare. Kaiser Foundation Health Plan, Inc., es una Organización de Medicare Advantage.

Medicare Advantage Plan: 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 (hospitalarios) y Parte B (médicos). Cuando se inscribe en un plan Medicare Advantage, los servicios de Medicare tienen cobertura a través del plan y no los paga Original Medicare. Los planes de Medicare Advantage también

pueden ofrecer Medicare Parte D (cobertura de medicamentos recetados). Esta *EOC* es para un plan de Medicare Parte D.

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

Póliza de Medigap (seguro suplementario de Medicare): Seguro suplementario de Medicare que venden las compañías privadas de seguros para llenar los "espacios" de la cobertura del plan Original Medicare. Las pólizas de Medigap solo se utilizan con el plan Original Medicare. (Un Plan Medicare Advantage no es una póliza de MediGap).

Miembro: Una persona que es elegible y que está inscrita de acuerdo con 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 tratamiento a cargo de especialistas no médicos (como enfermeros especialistas, asistentes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Hospital Fuera del 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 Fuera del Plan: Cualquier médico que no sea un Médico del Plan.

Proveedor Fuera del Plan: Cualquier proveedor que no sea un Proveedor del Plan.

Psiquiatra Fuera del Plan: Cualquier psiquiatra que no sea un Médico del Plan.

Instalación de Enfermería Especializada Fuera del Plan: Cualquier Instalación de Enfermería Especializada que no sea del plan.

Determinación de la Organización: Una determinación inicial que realizamos acerca de si cubriremos o pagaremos los Servicios que usted cree que debería recibir. También tomamos una Determinación de la Organización cuando le proporcionamos Servicios o lo remitimos a un Proveedor Fuera del Plan para que le proporcione Servicios. Las Determinaciones de la Organización se llaman "decisiones de cobertura" en esta *EOC*.

Original Medicare ("Medicare Tradicional" o "Medicare de Pago por Servicio"): El plan Original Medicare es la manera en que muchas personas obtienen su cobertura de atención médica. Es el programa nacional de pago por visita que le permite acudir a cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar un 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 Estados Unidos y sus territorios.

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:

- Usted 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 son Médicos de Atención Primaria.

Deducible del Plan: El monto que debe pagar en un año calendario por determinados Servicios antes de que cubramos esos Servicios con el Copago o el Coseguro correspondiente en ese año calendario. Consulte la sección "Beneficios y su Costo compartido" para conocer si su cobertura incluye un Deducible del Plan, los Servicios que están sujetos al Deducible del Plan y el monto del Deducible del Plan.

Centro del Plan: Cualquier centro de atención que figure en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en "Español") para nuestra Área de Servicio, excepto que los Centros de Plan están sujetos a cambios sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Centros de Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Hospital del Plan: Cualquier hospital que figure en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en "Español") para nuestra Área de Servicio, excepto que los Hospitales del Plan están sujetos a cambios sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de los Hospitales del Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Consultorio Médico del Plan: Cualquier consultorio que figure en nuestro sitio web kp.org/facilities (haga clic en "Español") para nuestra Área de Servicio;

excepto que los Consultorios Médicos del Plan están sujetos a cambios sin previo aviso. Para obtener información sobre las ubicaciones actuales de los Consultorios Médicos del Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan:

Una oficina de venta de productos ópticos que sea propiedad y esté dirigida por Kaiser Permanente u otra oficina de venta de productos ópticos que designemos. Para ver una lista de las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan correspondiente a su área, consulte *Su Guía (Your Guidebook)*; las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan están sujetas a cambios sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Optometrista del Plan: Un optometrista que es Proveedor del Plan.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan: El monto total de los Costos Compartidos que deberá pagar según esta *EOC* en el año calendario por determinados Servicios cubiertos que reciba en el mismo año calendario. Consulte la sección "Beneficios y su Costo compartido" para conocer el monto de 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 y está administrada por Kaiser Permanente u otra farmacia que designemos. Consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web, kp.org/espanol, para ver una lista de Farmacias del Plan de su zona, excepto que las Farmacias del Plan estén sujetas a cambios en cualquier momento sin previo aviso. Para conocer las ubicaciones actuales de las Farmacias del Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que sea empleado o trabaje para el Grupo Médico, o cualquier médico certificado contratado para prestar Servicios a nuestros Miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar Servicios de referencia).

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.

Instalación de Enfermería Especializada del

Plan: Una Instalación de Enfermería Especializada que el Plan de Salud apruebe.

Atención de Posestabilización: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico relacionados con su Afección Médica de Emergencia que reciba en un

hospital (incluido el Departamento de Emergencias) después de que su médico tratante determine que el problema se ha Estabilizado.

Primas: Los montos periódicos que su Grupo es responsable de pagar por su membresía según esta *EOC*.

Servicios Preventivos: Servicios cubiertos que evitan o detectan enfermedades o proporcionan uno o más de los siguientes:

- 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 Atención Primaria: Médicos generales orientados a la medicina interna, pediatría y medicina familiar, y especialistas en obstetricia/ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria. Visite nuestro sitio web en kp.org/espanol para ver un directorio de Médicos de Atención Primaria, excepto que el directorio está sujeto a cambios sin previo aviso. Para obtener una lista actualizada de los médicos que puede escoger como Médicos de Atención Primaria, llame al departamento de selección de un médico personal al número de teléfono que aparece en *Su Guía (Your Guidebook)*.

Consultas 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 especialistas).

Región: Una organización de Kaiser Foundation Health Plan o un plan asociado que administra un programa de servicio directo de atención médica. Las regiones pueden cambiar el 1.º de enero de cada año y actualmente son las siguientes: District of Columbia y partes del norte de California, sur de California, Colorado, Georgia, Hawaii, Maryland, Oregon, Virginia y Washington. Para ver una lista actualizada de los centros de la Región, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Trastorno Emocional Grave de un Menor de 18 Años: Una afección identificada como un "trastorno mental" en la edición más reciente del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales), excepto aquellos trastornos primarios por uso de sustancias o 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 los siguientes tres criterios:

- 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) (a) el niño corre el riesgo de que se le retire de su hogar o esto ya sucedió, o bien (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 psicóticas, o riesgo de suicidio o de violencia debido a un trastorno mental.
 - El niño 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 (Welfare and Institutions Code).
- Área de Servicio:** El área geográfica aprobada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid dentro de la que una persona elegible puede inscribirse en Senior Advantage. Nota: Sujeto a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, es posible que reduzcamos o expandamos nuestra Área de Servicio a partir del 1.º 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: 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: 95640, 95669
 - Todos los códigos postales del condado de Contra Costa están dentro de nuestra Área de Servicio: 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 pertenecen a nuestra Área de Servicio: 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: 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: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656
 - Los siguientes códigos postales del condado de Madera están dentro de nuestra Área de Servicio: 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: 94901, 94903 04, 94912 15, 94920, 94924 25, 94929 30, 94933, 94937 42, 94945 50, 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: 93601, 93623, 93653
 - Todos los códigos postales del condado de Napa están dentro de nuestra Área de Servicio: 94503, 94508, 94515, 94558 59, 94562, 94567, 94573 74, 94576, 94581, 94599, 95476
 - Los siguientes códigos postales del condado de Placer están dentro de nuestra Área de Servicio: 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: 94203 09, 94211, 94229 30, 94232, 94234 37, 94239 40, 94244, 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: 94102 05, 94107 12, 94114 27, 94129 34, 94137, 94139 47, 94151, 94158 61, 94163 64, 94172, 94177, 94188
 - Todos los códigos postales del condado de San Joaquin están dentro de nuestra Área de Servicio: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 95626, 95645, 95659, 95668, 95674, 95676, 95692, 95836 37
- Los siguientes códigos postales del condado de Tulare están dentro de nuestra Área de Servicio: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673
- Los siguientes códigos postales del condado de Yolo están dentro de nuestra Área de Servicio: 95605, 95607, 95612, 95615 18, 95645, 95691, 95694 95, 95697 98, 95776, 95798 99
- Los siguientes códigos postales del condado de Yuba están dentro de nuestra Área de Servicio: 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 sobre si un código postal pertenece a nuestra Área de Servicio, llame a nuestra Central de Llamadas de 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.

Enfermedades Mentales Graves: Los siguientes trastornos mentales: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar (enfermedad maniaco-depresiva), trastornos depresivos graves, trastorno de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno generalizado del desarrollo o autismo, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Instalación 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 cuidados autorizados de enfermería especializada las 24 horas del día. El término "Instalación de Enfermería Especializada" no incluye los centros para pacientes convalecientes, centros de descanso ni centros para las 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: Persona con la que el Suscriptor está legalmente casado según la legislación aplicable. Para los fines de esta EOC, el término "Cónyuge" incluye a la pareja doméstica del Suscriptor. Una "pareja doméstica" son dos personas registradas y legalmente reconocidas como pareja doméstica en California (si su Grupo permite la inscripción de parejas domésticas que no son legalmente reconocidas como parejas domésticas en California, "Cónyuge" también incluye a la pareja doméstica del Suscriptor que reúna los requisitos de elegibilidad de su Grupo para ser una pareja doméstica).

Estabilizar: Proporcionar el tratamiento médico para la Afección Médica de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro importante de la afección a causa del traslado (ni durante dicho traslado) de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una 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 mujer o del niño por nacer), "Estabilizar" significa dar a luz (incluida la placenta).

Suscriptor: Un Miembro que es elegible para tener una membresía por sí mismo, y no por el estado de Dependiente, y que cumple con los requisitos de elegibilidad como Suscriptor (para conocer los requisitos de elegibilidad del Suscriptor, consulte "Quién es elegible" en la sección "Primas, elegibilidad e inscripción").

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

Atención de Urgencia: Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar una afección que requiere atención médica inmediata, pero que no es una Afección Médica de Emergencia.

Primas, elegibilidad e inscripción

Primas

Su Grupo es responsable de pagar las primas. Si usted es responsable de alguna contribución a las Primas que su Grupo paga, dicho Grupo le informará la cantidad, la entrada en vigor de las Primas y cómo pagarle al Grupo. Además de la cantidad que deba pagar a su Grupo, también debe seguir pagando su prima mensual a Medicare.

Si no tiene Medicare Parte A, puede ser elegible para adquirir Medicare Parte A a través del Seguro Social. Comuníquese con el Seguro Social para obtener más información. Si adquiere Medicare Parte A, puede reducir la cantidad que se esperaría que pague a su Grupo; consulte con el administrador de beneficios de su Grupo.

Primas de Medicare

Prima de Medicare Parte D según el ingreso

Algunas personas pagan una prima de la Parte D directamente a Medicare debido a su ingreso anual. Si su ingreso es mayor a \$85,000 para una persona (o personas casadas que se presenten independientemente) o mayor a \$170,000 para matrimonios, debe pagar una cantidad extra por su cobertura de Medicare Parte D.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta que le indicará el total del monto adicional y cómo puede pagarlo. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Jubilación de los

Trabajadores Ferroviarios o la Oficina de Administración de Personal, independientemente de cómo pague generalmente las primas de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional que debe. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. Esta cantidad adicional debe pagarse por separado y no puede incluirse con la prima mensual de su plan.

Si no está de acuerdo en pagar una cantidad adicional debido a sus ingresos, puede pedir al Seguro Social que reconsidere la decisión. Para saber más sobre cómo hacerlo, comuníquese con la oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**), de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes.

La cantidad adicional se paga directamente al gobierno (no a su plan de Medicare) para su cobertura de Medicare Parte D. Si se le pide que pague una cantidad adicional y no la paga, se cancelará su inscripción en Kaiser Permanente Senior Advantage y perderá la cobertura para medicamentos recetados de la Parte D.

Penalización por inscripción tardía en Medicare Parte D

La penalización por inscripción tardía es un monto que se añade a la prima de la Parte D. Es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si, en cualquier momento, una vez terminado su Periodo de Inscripción Inicial, no tuvo cobertura de la Parte D ni otra cobertura acreditada de medicamentos recetados durante un periodo consecutivo de 63 días o más.

"Cobertura acreditada de medicamentos recetados" es aquella que satisface los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos el monto equivalente al de la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El monto de la penalización depende de cuánto tiempo haya esperado para inscribirse en un plan de cobertura acreditada para medicamentos recetados después de la finalización de su Periodo de Inscripción Inicial o de cuántos meses calendario completos haya estado sin cobertura acreditada para medicamentos recetados (esta *EOC* es para un plan con Parte D). Tendrá que pagar esta penalización durante todo el tiempo que tenga cobertura de la Parte D. Su Grupo le informará si la penalización le corresponde.

Si no está de acuerdo con la penalización por inscripción tardía en la Parte D, puede solicitarnos que revisemos nuestra decisión de aplicarla. Puede llamar a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al número que aparece en la portada de este folleto para obtener más información sobre cómo hacerlo.

Nota: Si recibe "Beneficio Adicional" por parte de Medicare para pagar los medicamentos recetados de la Parte D, no se le aplicará ninguna penalización por inscripción tardía.

Programa "Beneficio Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Beneficio Adicional" para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Entre dichos 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 por medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Este "Beneficio Adicional" también toma en cuenta sus gastos de bolsillo.

Es posible que las personas con ingresos y recursos limitados reúnan los requisitos para participar en el programa "Beneficio Adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para participar en el programa "Beneficio Adicional" automáticamente y no es necesario que presenten una solicitud. Medicare envía una carta a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para participar en el programa "Beneficio Adicional".

Es posible que pueda obtener "Beneficio Adicional" para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si califica para recibir "Beneficio adicional", llame a:

- **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- la oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**), de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes (solicitudes), o
- su oficina estatal de Medicaid (solicitudes). Consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes" para obtener 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 Subsidio por bajos ingresos* [Low Income Subsidy, LIS]), que explica sus costos como miembro de nuestro plan. Si el monto del "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.

Requisitos de elegibilidad del Grupo

Debe cumplir los requisitos de elegibilidad de su Grupo. El Grupo debe informar 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.
- Puede inscribirse en Senior Advantage independientemente del estado de salud, excepto que no puede inscribirse si tiene insuficiencia renal crónica en fase terminal. Esta restricción no se le aplica si es miembro de la Región norte o sur de California del Plan de Salud y desarrolló insuficiencia renal crónica en fase terminal mientras era miembro.
- Es posible que no pueda inscribirse si Senior Advantage ya alcanzó un límite de capacidad que hayan aprobado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Esta limitación no se aplica si es miembro del Plan de Salud de la Región norte o sur de California que reúna los requisitos para Medicare (por ejemplo, al cumplir los 65 años).

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. Lea el significado de Área de Servicio en la sección "Definiciones" y cómo puede modificarse.

Mudarse fuera del nuestra Área de Servicio. Si se muda de manera permanente a un domicilio fuera de nuestra Área de Servicio, o si se ausenta temporalmente de nuestra Área de Servicio durante más de seis meses seguidos, debe informarnos y no puede continuar su membresía de Senior Advantage según los términos de esta *EOC*.

Envíe su aviso a:

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

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:

- remisiones autorizadas, como se describe bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios"
- ciertos servicios de atención cuando visita el área de servicio de otra Región según se describe en "Cómo recibir atención fuera 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, como se describe 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 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 según 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 *EOC*.

Para obtener más información sobre las áreas de servicio de las otras Regiones, llame a nuestra Central de Llamadas de 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

La elegibilidad como Dependiente está sujeta a los requisitos de elegibilidad de su Grupo, que no se describen en esta *EOC*. Su Grupo puede comunicarle los requisitos de elegibilidad de su Grupo. Si usted es un Suscriptor inscrito en esta *EOC* o un suscriptor inscrito en un plan que no pertenece a Medicare que le ofrece su Grupo, las siguientes personas pueden reunir los requisitos para inscribirse como sus Dependientes de acuerdo con esta *EOC* si reúnen todos los demás requisitos descritos en "Requisitos de elegibilidad del Grupo", "Requisitos de elegibilidad de Senior Advantage" y "Requisitos de elegibilidad relacionados con el Área de Servicio" de la sección "Quién es elegible":

- su Cónyuge
- los hijos Dependientes, suyos o de su Cónyuge, menores de 26 años si son:
 - hijos, hijas o hijastros/hijastras
 - hijos adoptados
 - niños que permanezcan con usted para adopción, sin incluir a los niños que permanezcan con usted para cuidado de crianza
 - niños de quienes usted o su Cónyuge sean tutores legales (o lo hayan sido cuando cumplieron 18 años)
- los niños cuyo padre o madre es un Dependiente bajo su cobertura familiar (incluidos los niños adoptados y los niños que permanecen con su Dependiente para adopción, sin incluir a los niños que permanecen con su Dependiente para cuidado de crianza) si cumplen todos los siguientes requisitos:

- 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).
- Son menores de 26 años.
- Reciben todo el sustento y la manutención de usted o de su Cónyuge.
- Viven con usted o su Cónyuge de forma permanente.
- los niños 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 alcancen el límite de edad pueden seguir recibiendo cobertura conforme a esta *EOC* si se cumplen todas 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 usted o de su Cónyuge.
 - Usted nos entregó pruebas de su discapacidad y dependencia en el lapso de 60 días a partir del momento en que lo solicitamos (consulte "Certificación de Dependiente discapacitado" a continuación en esta sección "Elegibilidad como Dependiente").

Certificación de Dependiente discapacitado Uno de los requisitos para que un Dependiente pueda seguir recibiendo cobertura como Dependiente discapacitado es que el Suscriptor proporcione documentación de la discapacidad y 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 determinamos que el Dependiente no reúne los requisitos de elegibilidad como dependiente discapacitado, notificaremos al Suscriptor que el Dependiente no es elegible e informaremos al Suscriptor cuál es 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, dos años después de que el Dependiente alcance el límite de edad, el Suscriptor deberá presentarnos, anualmente, documentación que justifique la discapacidad y la dependencia del Dependiente en un plazo de 60 días desde la fecha en que la solicitamos para que podamos determinar si la persona sigue siendo elegible para ser considerado un dependiente discapacitado.

- Si el niño no es Miembro porque usted está cambiando de cobertura, deberá enviarnos una prueba de la discapacidad y dependencia del niño, así como una prueba de la cobertura anterior, dentro de los 60 días a partir de la fecha en que la solicitamos. 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 son elegibles 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 *EOC*, 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.

Cuándo puede inscribirse y cuándo comienza la cobertura

Su Grupo debe informarle cuándo es elegible para inscribirse y cuál es la fecha de entrada en vigor 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 (12:00 a. m.) de la fecha de entrada en vigor 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 entrada en vigor de su cobertura Senior Advantage conforme a esta EOC, tal como se describe en "Fecha de entrada en vigor de la cobertura de Senior Advantage" en la sección "Cuándo puede inscribirse y cuándo comienza la cobertura".

Si usted es un Suscriptor inscrito en esta EOC 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 EOC, 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 EOC, 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 "Cuándo puede inscribirse y cuándo comienza la cobertura".

Fecha de entrada en vigor de la cobertura de Senior Advantage

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

Si los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid confirman su inscripción y fecha de entrada en vigor de Senior Advantage, le enviaremos un aviso que confirme su inscripción y fecha de entrada en vigor. 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 inscripción en Senior Advantage.

Empleados nuevos

Cuando su Grupo le informa que reúne los requisitos para inscribirse como Suscriptor, pueden inscribirse usted y cualquier Dependiente elegible entregando 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 entrada en vigor de la cobertura de Senior Advantage. Su Grupo determina la fecha de entrada en vigor 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 de 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 periodo de inscripción abierta de su Grupo. Su Grupo le informará cuándo comienza y finaliza el periodo de inscripción abierta y la fecha de entrada en vigor 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 periodo de inscripción abierta, a menos que suceda algo de lo siguiente:

- Es elegible según lo que se describe en la 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 entrada en vigor 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 por 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, el establecimiento de una pareja doméstica, nacimiento, adopción o puesta en adopción enviando 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 entrada en vigor de la inscripción que sea resultado de un matrimonio o del establecimiento de una pareja 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 por cada persona, de parte del Suscriptor. Sujeta a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la fecha de entrada en vigor de las inscripciones por nacimiento, adopción o puesta en adopción, será la fecha del nacimiento, la adopción o la puesta en adopción o la fecha en que usted o su Cónyuge asumen un derecho legal para controlar la atención médica antes de una adopción.

Inscripción especial debido a la pérdida de otra cobertura. Usted puede inscribirse como Suscriptor (junto con los Dependientes elegibles), y los Suscriptores existentes pueden agregar Dependientes elegibles, 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 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, 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 derecho a la cobertura puede deberse a una separación legal o 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 cancelación con causa) para una cobertura a través de Covered California, Medicaid (conocida como Medi-Cal en California), cobertura del Programa de Seguro Médico para niños o cobertura del Programa de Acceso a Medi-Cal.
 - Se alcanza una cantidad máxima de cobertura vitalicia en todos los beneficios.

Nota: Si se inscribe como Suscriptor junto con al menos un Dependiente elegible, solo uno de los dos debe cumplir 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 por 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 es de 60 días si está solicitando una inscripción debido a la pérdida de elegibilidad para recibir cobertura a través de Covered California, Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños o el Programa de Acceso a Medi-Cal. Sujeta a la confirmación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, la fecha de entrada en vigor de la inscripción que sea resultado de la pérdida de otra cobertura será antes del primer día del mes después de la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción o de cambio de inscripción y un formulario de elección de Senior Advantage por 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 atención médica para un Cónyuge o un hijo que reúna los requisitos como Dependiente, el Suscriptor puede agregar al Cónyuge o al hijo como Dependiente entregando 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 entrada en vigor 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 entrada en vigor diferente (si su Grupo especifica una fecha de entrada en vigor diferente, la fecha de entrada en vigor 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 de grupo del empleador para un beneficiario de Medi-Cal. Para solicitar la inscripción en la cobertura de atención médica 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 por cada persona, a su Grupo en el plazo de 60 días desde que usted o un dependiente reúnan los requisitos para recibir un subsidio. Comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención Médica 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 debió cancelar su cobertura de atención médica porque fue llamado a servicio activo en el servicio militar, puede volver a inscribirse en el seguro médico 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. Debe recibir toda la atención con cobertura de los Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de Servicio, excepto como se describe en las secciones que aparecen a continuación para los siguientes Servicios:

- remisiones autorizadas, según se describe en "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios"
- ciertos servicios de atención cuando visita el área de servicio de otra Región según se describe en "Cómo recibir atención fuera 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, como se describe 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 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 según se describe en "Servicios asociados con ensayos clínicos" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"

Por medio de nuestro programa de atención médica, tiene acceso a todos los Servicios cubiertos que necesite, tales como cuidados de rutina con su Médico personal del Plan, atención hospitalaria, Servicios de laboratorio y farmacia, Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia, y otros beneficios que se describen en esta *EOC*.

Cuidados de rutina

Para solicitar una cita no urgente, puede llamar a nuestro Centro del Plan o solicitar una cita en línea. Para números de teléfono para citas, consulte *Su Guía (Your Guidebook)*

o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en kp.org/espanol. Para solicitar una cita en línea, vaya a nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Atención de Urgencia

Una necesidad de Atención de Urgencia es la que 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 consejos o para hacer una cita de un Centro del Plan. Consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención de nuestro sitio web en kp.org/espanol para buscar números de teléfono para citas y asesoramiento.

Para obtener información sobre la Atención de Urgencia Fuera del Área, consulte el título "Atención de Urgencia" en la sección "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia".

Nuestros enfermeros consejeros

Sabemos que, a veces, es difícil saber qué tipo de atención necesita. Por esta razón, contamos con un servicio telefónico de enfermeros consejeros para ayudarlo. Los enfermeros consejeros 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 consejero. 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, incluido 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 *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención de nuestro sitio web en kp.org/espanol para buscar los números de teléfono.

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 remisiones a especialistas.

Le recomendamos que elija un Médico Personal del plan; puede escoger cualquiera de los que están disponibles. Los padres pueden elegir un pediatra como Médico Personal del Plan para su hijo. La mayoría de los Médicos del Plan son Médicos de Atención Primaria (generalistas en medicina interna, pediatría o medicina familiar, y

especialistas en obstetricia/ginecología a quienes el Grupo Médico designa como Médicos de Atención Primaria). También puede elegir como Médico Personal del Plan a algunos especialistas que, aunque no están designados como Médicos de Atención Primaria, igualmente proporcionan este tipo de servicio. Por ejemplo, puede elegir como Médico Personal del Plan a especialistas de medicina interna y obstetricia/ginecología que no están designados como Médicos de Atención Primaria. 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 Consulta con un Especialista Médico se aplicará a todas las consultas con el especialista, excepto para los Servicios Preventivos que se mencionan en la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

Para obtener más información sobre cómo elegir o cambiar un Médico Personal del Plan, consulte *Su Guía (Your Guidebook)*, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Puede obtener un directorio de nuestros Médicos del Plan en nuestro sitio web kp.org/espanol. Para obtener una lista actualizada de los médicos que puede escoger como Médicos de Atención Primaria, llame al departamento de selección de un médico personal al número de teléfono que aparece en *Su Guía (Your Guidebook)*. Puede cambiar de Médico Personal del Plan en cualquier momento y por cualquier motivo.

Cómo obtener una remisión

Remisiones a Proveedores del Plan

Para obtener atención de un especialista, como un cirujano, un ortopedista, un cardiólogo, un oncólogo o un dermatólogo, y para tener acceso a terapias físicas, ocupacionales o del habla, primero debe obtener una remisión de un Médico del Plan. Además, un Médico del Plan debe remitirlo antes de que pueda obtener atención de proveedores calificados de servicios para tratar el autismo cubiertos según el apartado "Tratamiento de la salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o el autismo" de la sección "Beneficios y costos compartidos". Sin embargo, no necesita una remisión 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 medicina interna, pediatría y medicina familiar
- especialistas en optometría, servicios de salud mental, tratamiento de toxicomanías y obstetricia/ginecología

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

Aunque no se requiere una remisión ni una autorización previa para recibir la mayor parte 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 remisiones" de la sección "Cómo obtener una remisión".
- El proveedor tal vez tenga que remitirlo a un especialista que tenga conocimientos clínicos relacionados con su enfermedad o afección.

Remisiones abiertas

Si un Médico del Plan lo remite a un especialista, la remisión será para un plan de tratamiento específico. Su plan de tratamiento puede incluir una remisión abierta si se le receta atención continua del especialista. Por ejemplo, si tiene una enfermedad que pone en peligro la vida, es degenerativa o incapacitante, puede obtener una remisión abierta para un especialista, en caso de que sea necesaria atención continua por parte del especialista.

Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones

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):

- equipo médico duradero
- suministros para ostomía y urológicos;
- servicios que los Proveedores del Plan no pueden proporcionar;
- trasplantes

La supervisión de utilización de servicios (Utilization Management, 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 la 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

apropiados tomarán las decisiones sobre las solicitudes de autorización.

Para obtener una lista completa de los Servicios que requieren autorización previa y los criterios que se usan para tomar decisiones relacionadas con la autorización, visite nuestro sitio web kp.org/UM (en inglés) o llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para solicitar una copia impresa. Consulte el título "Atención de Posestabilización" en "Servicios de Emergencia" en la sección "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia" para ver los requisitos de autorización para recibir 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 de heridas. El proceso de autorización previa para equipo médico duradero y suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas incluye el uso de las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles. Un grupo de trabajo clínico y operacional interdisciplinario desarrolló estas pautas con la revisión y la opinión de Médicos del Plan y profesionales médicos con conocimientos y experiencia clínica. 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 remisión por escrito, de acuerdo con el proceso de UM descrito en esta sección "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones". Si las pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles no especifican si el artículo recetado es adecuado para su afección, se presentará la remisión 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" en esta sección "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones".

Plazos de las decisiones del Grupo Médico. La persona designada del Grupo Médico tomará una decisión sobre la autorización en un plazo apropiado para su afección, pero antes de transcurridos cinco días hábiles desde el momento en que recibe toda la información (incluidos los resultados de las pruebas y los exámenes adicionales) necesaria dentro de lo razonable para tomar la decisión, excepto para las decisiones sobre Servicios de urgencia, las cuales se tomarán antes de transcurridas 72 horas de haber recibido la información. 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 les notificará a usted y a su médico tratante sobre la necesidad de obtener pruebas, información u opiniones especializadas

adicionales, y la fecha en que se espera que el Grupo Médico tome una decisión.

Se informará la decisión tomada a su médico tratante 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 de cobertura, apelaciones y quejas".

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

Traslados y alojamiento para determinadas remisiones

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 del Programa de Traslados y Alojamiento:

- si el Grupo Médico lo remite 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 en pacientes hospitalizados
- si el Grupo Médico lo remite a un proveedor que está fuera de nuestra Área de Servicio para recibir determinados Servicios especializados, como un trasplante o una cirugía para cambio de sexo

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 está disponible en línea en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (en inglés) o llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Segundas opiniones

Si desea una segunda opinión, puede solicitar a Servicio a los Miembros que le ayude a conseguirla con un Médico del Plan que sea un profesional médico debidamente calificado para tratar su afección. Si ninguno de los Médicos del Plan es un profesional médico debidamente calificado para tratar su afección, 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 tiene trayectoria clínica (que incluye capacitación y experiencia) relacionada con la enfermedad o afección respecto de la que se solicita una segunda opinión médica.

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

- Su Médico del Plan le recomienda un procedimiento y usted no está seguro de si es razonable o necesario hacerlo.
- Usted cuestiona un diagnóstico o un plan de atención para una enfermedad que representa un riesgo de disfunción importante o pérdida de la vida, las extremidades o las funciones del organismo.
- Las instrucciones médicas son poco claras o 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 periodo apropiado.
- Tiene dudas sobre el diagnóstico o el plan de atención.

Se le proporcionará una autorización o denegación de su solicitud de una segunda opinión de manera expedita, de acuerdo con su afección. Si se rechaza su solicitud de una segunda opinión, se le notificarán por escrito las razones de la denegación y su derecho a presentar una queja formal según se describe en la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

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

Consultas de Telesalud

Las Consultas 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 afección médica. 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. Usted no está obligado a tener Consultas de Telesalud.

Su Costo Compartido. Para conocer el Costo Compartido de sus Consultas de Telesalud, vea "Atención a pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

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 formas: 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 hospitalaria para los Miembros, visite nuestro sitio web en kp.org/espanol o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Responsabilidad financiera

Nuestros contratos con los Proveedores del Plan especifican que usted no es responsable de 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.

Su Costo Compartido. Cuando lo remitan a un Proveedor del Plan para obtener Servicios cubiertos, pagará el **Costo Compartido requerido por los Servicios de ese proveedor**, 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 la atención cubierta que reciba de ese proveedor mientras hacemos los arreglos necesarios para que otro Proveedor del Plan le brinde los Servicios, y le notificaremos sobre estos arreglos.

Cumplimiento de Servicios. Si un Médico del Plan (u otros proveedores) le está proporcionando tratamiento

activo para afecciones específicas 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 seguir recibiendo atención con cobertura para su afección por parte del proveedor cuyo contrato se canceló. 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 una transferencia segura de la atención médica 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.

Su Costo Compartido. Por los Servicios de un proveedor cuyo contrato haya sido cancelado, usted pagará **el Costo Compartido requerido para los Servicios prestados por un Proveedor del Plan**, según se describe en esta EOC.

Más información. Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener más información sobre esta cláusula o para solicitar los Servicios.

Cómo recibir atención fuera de su Región base

Si tiene preguntas sobre su cobertura cuando está lejos de casa, llame a la Línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900**, las 24 horas del día, los siete días de la semana (cerrado los días festivos). Por ejemplo, llame a este número si tiene estas inquietudes:

- qué debe hacer para prepararse para su viaje
- qué servicios están cubiertos cuando está fuera de nuestra Área de Servicio
- cómo obtener atención en otra Región
- cómo solicitar reembolsos si pagó Servicios fuera del Área de Servicio

También puede obtener información en nuestro sitio web kp.org/travel (en inglés).

Cómo obtener atención en el Área de Servicio de otra Región

Si visita temporalmente el área de servicio de otra Región, puede recibir ciertos tipos de atención médica que cubre esta EOC de proveedores designados en tal área de servicio.

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o a nuestra Línea de atención para viajeros al **1-951-268-3900** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), las 24 horas del día, los siete días de la semana, excepto días festivos, para obtener más información sobre cómo obtener atención cuando visite el área de servicio de otras regiones de Kaiser Permanente, incluida información de cobertura y las ubicaciones de los centros de atención en el área de servicio de otra Región.

Su tarjeta de identificación

La tarjeta de identificación de cada Miembro de Kaiser Permanente tiene un número de historia clínica, que necesitará cuando llame para pedir una cita o consejos, o cuando 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 utiliza para identificar sus registros médicos y la información de membresía. Su número de historia clínica siempre será el mismo. Llame a la Central de Llamadas de 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 de identificación se utilizará únicamente para fines de identificación. Para recibir Servicios cubiertos, debe ser un Miembro activo. Las personas que no sean Miembros deberán pagar 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

Como Miembro, no necesitará su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para recibir Servicios cubiertos, pero guárdela en un lugar seguro por si llegara a necesitarla.

Cómo obtener ayuda

Nuestro objetivo es que esté satisfecho con la atención médica que recibe 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. Ellos están para brindarle la asistencia que necesita y responder cualquier duda que pudiera tener.

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 atención. 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 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 nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros están disponibles para ayudarlo siete 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 del habla). Para su conveniencia, también puede comunicarse con nosotros a través de nuestro sitio web kp.org/espanol.

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 del Plan

En *Su Guía para los Servicios de Kaiser Permanente (Su Guía) (Your Guidebook to Kaiser Permanente Services [Your Guidebook])* y en nuestro sitio web kp.org/espanol puede consultar los Hospitales del Plan y los Consultorios Médicos del Plan de su área. *Su Guía (Your Guidebook)* describe los tipos de Servicios cubiertos que están disponibles en cada Centro del Plan en su área, porque algunos solo ofrecen ciertos tipos específicos de Servicios cubiertos. Aquí se explica además cómo usar nuestros Servicios y hacer citas, se incluyen nuestros horarios de atención y un directorio telefónico detallado para hacer citas y obtener consejos. Si tiene alguna pregunta acerca de las ubicaciones actuales de los Consultorios Médicos del Plan o los Hospitales del Plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

En general, en la mayoría de los Centros del Plan puede recibir todos los Servicios cubiertos que necesite, incluidos atención especializada, farmacia y pruebas 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 siete días de la semana.
- Los Servicios de Emergencia están disponibles en los Departamentos de Emergencias de los Hospitales del Plan que se incluyen en *Su Guía (Your Guidebook)* (para conocer la ubicación de los Departamentos de Emergencias en su área, consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org/espanol).
- Muchos centros de atención ofrecen citas de Atención de Urgencia para el mismo día (para conocer la ubicación de centros de atención en su área, consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org/espanol).
- Muchos Consultorios Médicos del Plan ofrecen citas por la tarde y los fines de semana.
- Muchos Centros del Plan tienen un Departamento de Servicio a los Miembros (para conocer las ubicaciones en su área, consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org/espanol).
- Hay Farmacias del Plan en la mayoría de los Consultorios Médicos del Plan (consulte el *Directorio de farmacias de Kaiser Permanente [Kaiser Permanente Pharmacy Directory]* para ver las ubicaciones de las farmacias).

Directorio de proveedores

En el *Directorio de proveedores (Provider Directory)* encontrará nuestros Proveedores del Plan. Está sujeto a cambios y actualizaciones periódicos. Si no tiene nuestro *Directorio de proveedores (Provider Directory)*, puede conseguir una copia llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o visitando nuestro sitio web kp.org/directory (en inglés).

Directorio de farmacias

El *Directorio de farmacias de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente Pharmacy Directory)* 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. Está sujeto a cambios y actualizaciones periódicos. Si no tiene el *Directorio de farmacias de Kaiser Permanente (Kaiser Permanente*

Pharmacy Directory), puede conseguir una copia llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o visitando nuestro sitio web kp.org/directory (en inglés).

Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Servicios de Emergencia

Si tiene una Afección Médica de Emergencia, llame al 911 (donde el servicio está disponible) o vaya al Departamento de Emergencias del hospital más cercano. No necesita una autorización previa para recibir Servicios de Emergencia. Si tiene una Afección Médica de Emergencia, cubriremos los Servicios de Emergencia que reciba de Proveedores del Plan o de Proveedores Fuera del Plan, en cualquier parte del mundo.

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

Atención de Posestabilización

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

Para solicitar una autorización previa, el Proveedor Fuera del Plan debe llamar al número de teléfono de notificaciones 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 de parte de un 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 debe recibir la atención en un Hospital o Instalación de Enfermería Especializada del Plan o de un Proveedor Fuera del Plan designado, es posible que autoricemos servicios especiales de transporte necesarios desde el punto de vista médico para trasladarle hasta el proveedor. Es posible que esto incluya medios de transporte que, en otras circunstancias, no estarían cubiertos.

Asegúrese de solicitar al Proveedor Fuera del Plan que le indique qué atención (incluido el transporte) autorizamos, ya que sin autorización previa no cubriremos la Atención de Posestabilización ni el transporte brindados por

Proveedores Fuera del 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, independientemente de que reciba Servicios de un Proveedor del Plan o de un Proveedor 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 a pacientes ambulatorios".
- Si autorizamos previamente la Atención de Posestabilización como paciente hospitalizado en un Hospital Fuera del Plan, usted debe pagar el Costo Compartido de la atención como paciente hospitalizado, como se describe en "Atención a pacientes hospitalizados".

Atención de Urgencia

Dentro del Área de Servicio

Una necesidad de Atención de Urgencia es la que 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 consejos o para hacer una cita de un Centro del Plan. Consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención de nuestro sitio web en kp.org/espanol para buscar números de teléfono para citas y asesoramiento.

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 que sean 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 mientras 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.

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 cubrimos la atención de seguimiento de los Proveedores Fuera del Plan después de que ya no necesite la Atención de Urgencia. Para obtener atención de seguimiento de un Proveedor del Plan, llame al número de teléfono de citas o consejos que se muestra en *Su Guía (Your Guidebook)*.

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 cubierta de parte de un Proveedor Fuera del Plan, usted paga el Costo Compartido de las consultas, las evaluaciones y el tratamiento de Atención de Urgencia, tal 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 por radiografías, como se describe en "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios", además del Costo Compartido por la evaluación de Atención de Urgencia.

Nota: Si recibe Atención de Urgencia en un Departamento de Emergencias, usted paga el Costo Compartido de una visita al Departamento de Emergencias, como se describe en "Atención a 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 nos presente una reclamación dentro de los 60 días o lo antes posible, pero antes de que hayan pasado 15 meses después de haber recibido la atención (o, en algunos casos, hasta un plazo de 27 meses de acuerdo con las normas de Medicare). Si un proveedor se niega a

facturarnos, envíenos la factura sin pagar junto con un formulario de reclamación. Además, es posible que se le pida que pague los Servicios y presente una reclamación si recibe Servicios de un Proveedor del Plan que le ordene un Proveedor Fuera del Plan como parte de los Servicios de Emergencia, Atención de Posestabilización y Atención de Urgencia con cobertura (por ejemplo, medicamentos). Para solicitar el pago o reembolso, debe presentar una reclamación según se describe en la sección "Solicitudes de pago".

Descontaremos del pago que le hagamos 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

Cubrimos los Servicios que se describen en la sección "Beneficios y su Costo Compartido", sujetos a las disposiciones de la sección "Exclusiones, limitaciones, coordinación de beneficios y reducciones" solo si se cumplen las siguientes condiciones:

- Debe ser Miembro en la fecha en la que reciba los Servicios.
- Los Servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
- Los Servicios son alguno de los siguientes:
 - Servicios Preventivos
 - artículos y servicios de atención médica para diagnóstico, evaluación o tratamiento
 - educación para la salud cubierta de acuerdo con "Educación para la salud" de esta sección "Beneficios y su Costo Compartido"
 - otros artículos y servicios de atención médica
 - otros servicios para tratar Enfermedades Mentales Graves y Trastorno Emocional Grave de un Menor de 18 Años
- Los servicios son proporcionados, ordenados, autorizados o indicados por un Médico del Plan, excepto que se indique lo contrario en las secciones que aparecen más adelante para los siguientes Servicios:
 - ciertos servicios de atención cuando visita el área de servicio de otra Región según se describe en "Cómo recibir atención fuera 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 externos" 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, como se describe en la sección "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia"
- anteojos y lentes de contacto recetados por 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, según se describe en "Atención de diálisis" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"
- servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare según se describe en "Servicios asociados con ensayos clínicos" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"
- Usted recibe los Servicios de un Proveedor del Plan dentro de nuestra Área de Servicio, excepto que se indique lo contrario en las secciones que aparecen más adelante para los siguientes Servicios:
 - remisiones autorizadas, como se describe bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios"
 - ciertos servicios de atención cuando visita el área de servicio de otra Región según se describe en "Cómo recibir atención fuera 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, como se describe 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 según se describe en "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en esta sección "Beneficios y su Costo Compartido"
 - servicios de rutina asociados con ensayos clínicos aprobados por Medicare según 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 remisiones" de la sección "Cómo obtener servicios".

Los únicos Servicios cubiertos conforme a esta *EOC* son los que se indican como cubiertos, sujetos a las exclusiones y limitaciones descritas y a todas las disposiciones incluidas en la sección "Exclusiones, limitaciones, coordinación de beneficios y reducciones". Esta sección abarca las disposiciones sobre exclusiones, limitaciones, reducciones y coordinación de beneficios que se aplican a todos los Servicios que, en otras circunstancias, tendrían cobertura. En los casos en que se aplica una exclusión o limitación solo a un beneficio en particular, esto se señala en la descripción de ese beneficio en esta *EOC*. También consulte:

- la sección de "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
- *Su Guía (Your Guidebook)* o el directorio de centros de atención en nuestro sitio web kp.org/espanol para consultar los tipos de Servicios cubiertos disponibles en cada Centro del Plan de su área, porque algunos centros ofrecen solamente ciertos tipos 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, su Costo Compartido podría ser 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 por esos Servicios serán Cargos hasta que alcance el Deducible del Plan.

Reglas generales, ejemplos y excepciones

Su Costo Compartido por los Servicios cubiertos será el vigente en la fecha en que reciba los Servicios, con las siguientes excepciones:

- Si usted recibe Servicios cubiertos para pacientes hospitalizados el día en que entra en vigor esta *EOC*, usted paga el Costo Compartido vigente en su fecha de admisión hasta que le den el alta hospitalaria si los Servicios estaban cubiertos por la evidencia de cobertura de su Plan de Salud anterior y no existió ninguna interrupción en la cobertura. Sin embargo, si

la evidencia de cobertura de su Plan de Salud anterior no cubría los Servicios o si existió una interrupción en la cobertura, usted paga el Costo Compartido vigente en la fecha en que recibe los Servicios.

- Para los artículos que se solicitan con anticipación, debe pagar el Costo Compartido vigente en la fecha en la que se hace el pedido (aunque no cubriremos el artículo si usted no tiene cobertura el día en que lo recibe) y es posible que deba pagar el Costo Compartido cuando se ordene el artículo. En el caso de medicamentos recetados para pacientes externos, la fecha del pedido es la fecha en que la farmacia procesa la orden tras recibir toda la información necesaria para surtir la receta.

Pago considerado para su Costo Compartido (y cuándo se le puede facturar). En la mayoría de los casos, su proveedor le solicitará hacer un pago en el momento en que reciba los Servicios que se considerará para su Costo Compartido. Si recibe más de un tipo de Servicios (tales como tratamiento de atención médica primaria y pruebas de laboratorio), se le puede pedir 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 monto adicional que deba. 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 va 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 su examen preventivo su proveedor encuentra un problema de salud y le ordena Servicios no preventivos para diagnosticarlo (p. ej., pruebas de laboratorio). Es posible que se le solicite pagar (o que se le facture) el Costo Compartido de estos Servicios diagnósticos no preventivos adicionales.
- Recibe Servicios de diagnóstico 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 consulta 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., pruebas 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 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 (un procedimiento ambulatorio, por ejemplo). 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 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 solicitará que haga un pago en el momento en que reciba los Servicios, sino que recibirá una factura por el Costo Compartido. Los siguientes son ejemplos que indican cuándo recibirá una factura:

- Un Proveedor del Plan no puede cobrar el Costo Compartido en el momento en que usted recibe los Servicios (por ejemplo, algunos departamentos de laboratorio no pueden cobrar Costos Compartidos).
- Usted solicita que le facturen algunos o todos sus Costos Compartidos
- El Grupo Médico autoriza una remisión a un Proveedor Fuera del Plan y el proveedor no le cobra su Costo Compartido en el momento en que recibe los Servicios.
- Usted recibe Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia Fuera del Área cubiertos de un Proveedor Fuera del Plan y el proveedor no le cobra el Costo Compartido en el momento en que usted recibe los Servicios.

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 monto 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, puede recibir más de una factura por una visita que haya hecho como paciente ambulatorio o por una hospitalización. Por ejemplo, puede recibir una factura por los servicios del médico y otra factura por los servicios hospitalarios. Si en

una factura no se incluyen todos los Cargos de los Servicios, aparecerán en una factura posterior. Si determinamos que pagó de más y que le corresponde un reembolso, se lo enviaremos dentro de las 4 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 del Plan o en un centro de atención contratado en donde hayamos autorizado que reciba atención. Usted no tiene la responsabilidad de pagar ningún monto que supere su Costo Compartido por los Servicios cubiertos que reciba en Centros del Plan o centros contratados donde le hayamos autorizado recibir atención. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted tenga que pagar los Servicios y presentar una reclamación de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar una reclamación, consulte la sección "Solicitudes de pago".

Consulta de Atención Médica Primaria, Consultas con Especialistas no Médicos y Consultas con Especialistas Médicos. El Costo Compartido por las Consultas de Atención Médica 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 Atención Primaria. Si recibe Servicios de uno de estos especialistas, el Costo Compartido de una Consulta con un Especialista Médico 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/ginecología y no es un Médico de Atención Primaria, usted pagará el Costo Compartido de una Consulta con un Especialista Médico por todas las consultas, las evaluaciones y los 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 su Costo Compartido". El Costo Compartido de las Consultas con un Especialista No Médico se aplica a las consultas, las evaluaciones y los tratamientos a cargo de especialistas no médicos (como enfermeros con práctica médica, ayudantes médicos, optometristas, podólogos y audiólogos).

Servicios no cubiertos. 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 pide durante una consulta o un procedimiento, visite nuestro sitio web en kp.org/memberestimates (en inglés) para usar nuestra herramienta de cotizaciones o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

- Si tiene un Deducible del Plan y le obtener una estimación para los Servicios sujetos al Deducible del Plan, llame al **1-800-390-3507** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**) de lunes a viernes de 7 a. m. a 7 p. m.
- Para obtener otras estimaciones de Costos Compartidos, llame al **1-800-443-0815**, de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (los usuarios de TTY deben llamar al **711**)

Las estimaciones de Costo Compartido se basan en sus beneficios y en los Servicios que espera recibir. Son una predicción del costo, no una garantía del costo final de los Servicios. Su costo final puede ser mayor o menor al estimado ya que no puede conocerse 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.

Nota: Si los Cargos por los Servicios son inferiores al Copago descrito en esta EOC, pagará el monto que sea menor.

Gasto Máximo de Bolsillo del Plan

Según se establece en esta EOC, corresponde un límite para el monto 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:

- **\$1,500** 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 alcancen el monto máximo de **\$1,500**.

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:

- tratamiento para salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo cubierto en la sección "Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo"
- servicios de Medicare Parte A y Parte B dentro de la red cubiertos
- medicamentos de Medicare Parte B
- servicios del programa de tratamiento residencial cubiertos en las secciones "Tratamiento para trastorno por abuso de sustancias" y "Servicios de salud mental"

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

- Si su plan incluye Servicios quiroprácticos o de acupuntura suplementarios, o beneficios de acondicionamiento físico descritos en una enmienda de esta EOC, dichos Servicios no cuentan para alcanzar el monto máximo.
- Si su plan incluye una Asignación para Servicios específicos (tales como anteojos, lentes de contacto o audífonos), cualquier monto que pague que supere la Asignación no cuenta para alcanzar el monto máximo.

Atención a pacientes ambulatorios

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

Visitas al consultorio

- Consultas de Atención Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos que no se describen en ninguna otra parte de esta EOC: **un Copago de \$20 por consulta.**
- Consultas de Atención Primaria y Consultas con Especialistas Médicos que no se describen en ninguna otra parte de esta EOC: **un Copago de \$20 por consulta.**
- Consultas como paciente ambulatorio que están disponibles como citas grupales, que no se describen en ninguna otra parte de esta EOC: **un Copago de \$10 por consulta.**
- Visitas a domicilio de un Médico del Plan (o un enfermero titulado 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 forma de brindarle la atención que necesita: **sin cargo.**

- Servicios de acupuntura (por lo general, proporcionados solo para el tratamiento de náuseas o como parte de un programa integral para el manejo del dolor crónico):
 - ◆ Consultas con Especialistas No Médicos: **un Copago de \$20 por consulta**
 - ◆ Consultas con Especialistas Médicos: **un Copago de \$20 por consulta**
- Pruebas y tratamientos para alergias:
 - ◆ consultas por afecciones por alergias y pruebas de alergias: **un Copago de \$20 por consulta**
 - ◆ inyecciones para alergias (incluido el suero antialérgico): **un Copago de \$3 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: **un Copago de \$20 por procedimiento.**
- Terapia física, ocupacional y del habla de acuerdo con las pautas de Medicare: **un Copago de \$20 por consulta.**
- Terapia física individual y grupal recetada por un Proveedor del Plan para evitar caídas: **sin cargo.**
- Terapia física, 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 remite a un quiropráctico: **un Copago de \$20 por consulta.**

Consultas de Telesalud

Servicios descritos bajo el título "Consultas de Telesalud" en la sección "Cómo obtener servicios":

- Consultas interactivas por video:
 - ◆ Consultas de Atención Médica Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos: **sin cargo**
 - ◆ Consultas con Especialistas Médicos: **sin cargo**
- Consultas telefónicas programadas:
 - ◆ Consultas de Atención Médica Primaria y Consultas con Especialistas No Médicos: **sin cargo**
 - ◆ Consultas con un Especialista Médico: **sin cargo**

Consultas de Atención de Emergencia o de Urgencia

- consultas, evaluaciones y tratamiento de Atención de Urgencia: **un Copago de \$20 por consulta**
- consultas en el 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 durante 24 horas por la misma afección 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 de la atención para pacientes hospitalizados, consulte "Atención para pacientes hospitalizados" en esta sección "Beneficios y su Costo Compartido". Sin embargo, el Costo Compartido para el Departamento de Emergencias sí se aplica si lo admiten para observación, pero no como paciente hospitalizado.

Cirugía y procedimientos para pacientes ambulatorios

- cirugías y procedimientos ambulatorios cuando se realizan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o en la sala de operaciones de un hospital, o si se realizan en otro lugar y un miembro titulado del personal supervisa sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensibilidad o disminuir 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, según se describió anteriormente: **un Copago de \$20 por procedimiento**
- cualquier otro procedimiento ambulatorio que no requiera que un miembro autorizado del personal vigile sus signos vitales, como se describió anteriormente: **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 vigile sus signos vitales, como se describió anteriormente, tienen cobertura de acuerdo con "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")

- consultas previas a la cirugía y posoperatorias:
 - ◆ consultas de Atención Primaria y Consultas con Especialistas no Médicos: **un Copago de \$20 por consulta;**
 - ◆ **Consultas con Especialistas Médicos:** un Copago de \$20 por consulta

Medicamentos y productos administrados

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 administran en un Centro del Plan o durante las visitas a domicilio.

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

- sangre, glóbulos rojos, plasma y plaquetas: **sin cargo**
- 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 de tejidos, células o 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 a domicilio **sin cargo**.

Ciertos medicamentos administrados son Servicios Preventivos. Consulte "Servicios Preventivos" para obtener información sobre inmunizaciones.

Nota: Las vacunas con cobertura de Medicare Parte D no están cubiertas en la sección "Atención a pacientes ambulatorios" (consulte "Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido").

Para Servicios relacionados con la "Atención para pacientes ambulatorios" consulte estas secciones:

- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo
- Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental
- Atención de diálisis
- Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar
- Servicios de fertilidad
- Educación para la salud
- Servicios para la audición
- Atención médica a domicilio
- Cuidados paliativos
- Servicios de salud mental
- Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas
- Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios
- Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios
- Servicios Preventivos
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Cirugía reconstructiva
- Servicios asociados con ensayos clínicos
- Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios de trasplantes
- Servicios para la vista

Atención a 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 comida, 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 de Médicos del Plan, incluidas las consultas y el tratamiento por parte de especialistas.

- Anestesia.
- Medicamentos recetados según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles (para ver información sobre medicamentos recetados 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 utilizados para fines terapéuticos.
- Equipo Médico Duradero y suministros médicos.
- Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales, incluidas resonancias magnéticas nucleares (RMN), tomografías computarizadas (TC) y tomografías por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET).
- Sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración.
- Atención de obstetricia y partos (incluidas las cesáreas). Nota: 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 consulta de seguimiento para usted y el recién nacido a realizarse en un plazo de 48 horas después del alta (consulte la información sobre consultas posteriores al alta hospitalaria en "Atención a pacientes ambulatorios" en esta sección "Beneficios y su Costo Compartido").
- Terapia física, ocupacional y del habla (incluido el tratamiento en un programa organizado de rehabilitación interdisciplinaria) de acuerdo con las pautas de Medicare.
- Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo.
- Terapia respiratoria.
- Servicios medicosociales y programación del alta hospitalaria.

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

Para Servicios relacionados con la "Atención a pacientes hospitalizados", consulte estas secciones:

Los siguientes tipos de Servicios para pacientes hospitalizados tienen cobertura solamente según se describe en estos títulos de la sección de "Beneficios y su Costo Compartido":

- Cirugía bariátrica
- Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental
- Atención de diálisis

- Servicios de fertilidad
- Cuidados paliativos
- Servicios de salud mental
- Dispositivos protésicos y ortopédicos
- Cirugía reconstructiva
- Servicios de una institución religiosa no médica de cuidado de la salud
- Servicios asociados con ensayos clínicos
- Atención en una Instalación de Enfermería Especializada
- Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias
- Servicios de trasplantes

Servicios de ambulancia

Emergencias

Cubrimos los servicios de ambulancia autorizada en cualquier lugar del mundo sin autorización previa (incluido el transporte a través de un sistema de respuesta de emergencias 911 donde esté disponible) en las siguientes situaciones:

- Creyó razonablemente que la afección médica era una Afección Médica de Emergencia que requería Servicios de ambulancia.
- Su médico tratante determina que debe ser trasladado a otro centro de atención porque su Afección Médica 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 son solicitados por un Proveedor del Plan, usted no es responsable de los montos fuera de su Costo Compartido para los servicios de ambulancia de emergencia cubiertos. Sin embargo, si el proveedor no acepta facturarnos, es posible que usted tenga que pagar los Servicios y presentar una reclamación de reembolso. Para obtener información sobre cómo presentar una reclamación, 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 los definen las pautas de Medicare.

Su Costo Compartido

Usted paga lo siguiente por los Servicios de ambulancia cubiertos:

- 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

Cirugía bariátrica

Cubrimos la atención de pacientes hospitalizados que esté relacionada con los procedimientos quirúrgicos bariátricos (entre los que se incluyen habitación y alimentación, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, procedimientos especiales 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:

- Completa el programa educativo de preparación prequirúrgica 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 estuvieran asociados con un procedimiento quirúrgico bariátrico**. Por ejemplo, para conocer el Costo Compartido que se aplica para la atención de pacientes hospitalizados, consulte "Atención a pacientes hospitalizados" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

Para los siguientes Servicios relacionados con las "Cirugía bariátrica", 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")

Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo

Los siguientes términos tienen un significado especial cuando se escriben en mayúsculas y se usan en esta sección "Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo":

- "Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo" se refiere a un proveedor con la experiencia y competencia para diseñar, proporcionar o administrar tratamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo y que es alguno de los siguientes:
 - una persona certificada por una entidad nacional (como la Behavior Analyst Certification Board) con una certificación que está acreditada por la National Commission for Certifying Agencies
 - una persona con licencia en California de médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, terapeuta de matrimonio y familia, psicólogo educativo, trabajador social clínico, consejero clínico profesional, patólogo del habla o del lenguaje, o audiólogo
- "Profesional Calificado de Servicios para Tratar el Autismo" se refiere a una persona que cumple los siguientes criterios:
 - Proporciona tratamiento de salud del comportamiento, que puede incluir administración de casos clínicos y supervisión de casos bajo la dirección y supervisión de un proveedor calificado de servicios para tratar el autismo.
 - Actúa bajo la supervisión de un Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo.
 - Proporciona tratamiento de acuerdo con un plan de tratamiento que desarrolló y aprobó el Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo.
 - Es un proveedor de tratamiento de salud del comportamiento que cumple los requisitos de certificaciones de educación y experiencia que se describen en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Reglamentos de California para un Analista Adjunto de Comportamiento, Analista de Comportamiento, Asistente de Control del Comportamiento, Asesor en Control de Comportamiento o Programa de Control de Comportamiento.
 - Tiene capacitación y experiencia en la prestación de Servicios para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo de acuerdo con la División 4.5 (a partir de la Sección 4500) del Código de

Asistencia Social e Instituciones o del Título 14 (a partir de la Sección 95000) del Código de Gobierno.

- Está empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo o una entidad o un grupo que emplea Proveedores Calificados de Servicios para Tratar el Autismo responsables del plan de tratamiento del autismo.
- "Paraprofesional Calificado de Servicios para Tratar el Autismo" se refiere a una persona sin licencia ni certificación que cumple todos los siguientes criterios:
 - ♦ Actúa bajo la supervisión de un Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo o de un Profesional Calificado de Servicios para Tratar el Autismo en un nivel de supervisión clínica que cumple las normas de práctica reconocidas profesionalmente.
 - ♦ Proporciona tratamiento y presta Servicios de acuerdo con un plan de tratamiento que desarrolló y aprobó el Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo.
 - ♦ Cumple los requisitos de certificaciones de educación y experiencia descritos en la Sección 54342 del Título 17 del Código de Reglamentos de California.
 - ♦ Cuenta con una formación, capacitación y experiencia adecuadas, según la certificación de Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo o una entidad o grupo que emplea a Proveedores Calificados de Servicios para Tratar el Autismo.
 - ♦ Está empleado por el Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo o una entidad o un grupo que emplea Proveedores Calificados de Servicios para Tratar el Autismo responsables del plan de tratamiento del autismo.

Ofrecemos cobertura del tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo (incluido el análisis del comportamiento aplicado y programas de modificación del comportamiento basados en la evidencia), que desarrolla o restaura, lo máximo posible, las funciones de una persona con trastorno generalizado del desarrollo o autismo, y que cumple los siguientes criterios:

- Los Servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio.
- Un Médico del Plan receta el tratamiento, o un Proveedor del Plan que es psicólogo lo desarrolla.
- El tratamiento se proporciona de acuerdo con un plan de tratamiento recetado por un Proveedor del Plan, quien es un Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo.

- El tratamiento lo administra un Proveedor del Plan, que es uno de los siguientes:
 - ◆ un Proveedor Calificado de Servicios para tratar el Autismo
 - ◆ un Profesional Calificado de Servicios para Tratar el Autismo que actúa bajo la supervisión de un Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo
 - ◆ un Paraprofesional Calificado de Servicios para Tratar el Autismo que actúa bajo la supervisión de un Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo o de un Profesional Calificado de Servicios para Tratar el Autismo
- El plan de tratamiento tiene metas que pueden medirse durante un periodo específico que haya desarrollado y aprobado el Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo para el Miembro que recibe tratamiento.
- El Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo revisa el plan de tratamiento por lo menos una vez cada seis meses y se modifica siempre que sea necesario.
- El plan de tratamiento requiere que el Proveedor Calificado de Servicios para Tratar el Autismo haga lo siguiente:
 - ◆ describa las disfunciones de salud del comportamiento del Miembro que van a tratarse
 - ◆ diseñe un plan de intervención que incluya el tipo de servicio, la cantidad de horas y la participación de los padres que sean necesarios para alcanzar la meta y los objetivos del plan, y la frecuencia con la que se evalúa y se informa el progreso del Miembro
 - ◆ proporcione planes de intervención que utilicen prácticas basadas en evidencia, con eficacia clínica demostrada para tratar el trastorno generalizado del desarrollo o autismo
 - ◆ suspenda los Servicios de intervención intensiva del comportamiento cuando se hayan alcanzado las metas y los objetivos del tratamiento o cuando ya no sean adecuados
- El plan de tratamiento no se usa para lo siguiente:
 - ◆ para proporcionar (o reembolsar) atención de relevo, guardería infantil o servicios educativos
 - ◆ para ofrecerle un reembolso a un padre por participar en el programa de tratamiento

Su Costo Compartido. Usted paga lo siguiente por los Servicios cubiertos del programa de salud del comportamiento: **un Copago de \$20 por día.**

Para los siguientes Servicios relacionados con el "Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo" consulte las siguientes secciones:

- tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo proporcionado durante una estadía cubierta en un Hospital del Plan o en una Instalación de Enfermería Especializada (consulte "Atención a pacientes hospitalizados" y "Atención en una Instalación de Enfermería Especializada")
- medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios")
- pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")
- consultas como paciente ambulatorio para terapia física, ocupacional y del habla (consulte "Atención a pacientes ambulatorios")
- Servicios para diagnosticar trastorno generalizado del desarrollo o autismo y Servicios para desarrollar y revisar el plan de tratamiento (consulte "Servicios de salud mental")

Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental

Servicios dentales para radioterapia

Ofrecemos cobertura para 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 remisión para consultar a un dentista (según se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" en "Cómo obtener una remisión" de la sección "Cómo obtener Servicios").

Anestesia dental

Para los procedimientos dentales que se realizan en un Centro 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 7 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.

Su Costo Compartido

Paga los siguientes Servicios dentales cubiertos en la sección "Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental":

- Consultas con Especialistas No Médicos con dentistas por Servicios cubiertos de acuerdo con esta sección "Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental": **un Copago de \$20 por visita**
- Consultas con Especialistas Médicos por Servicios cubiertos de acuerdo con esta sección "Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental": **un Copago de \$20 por visita**
- cirugías y procedimientos ambulatorios cuando se realizan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o en la sala de operaciones de un hospital, o si se realizan en otro lugar y un miembro titulado del personal supervisa sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensibilidad o disminuir 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, según se describió anteriormente: **un Copago de \$20 por procedimiento**
- cualquier otro procedimiento ambulatorio que no requiera que un miembro autorizado del personal vigile sus signos vitales, como se describió anteriormente: **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 vigile sus signos vitales, como se describió anteriormente, tienen cobertura de acuerdo con "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")
- atención para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, medicamentos, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, procedimientos especiales y Servicios de Médicos del Plan): **sin cargo**

Para los siguientes Servicios relacionados con los "Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental", consulte estas secciones:

- visitas al consultorio no descritas en la sección "Servicios dentales para radioterapia y anestesia dental" (consulte "Atención a pacientes ambulatorios")
- imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes externos (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")
- medicamentos recetados para pacientes ambulatorios (consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios")

Atención de 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 entre rentar y comprar el equipo y los suministros, y también seleccionamos al proveedor. Deberá devolvernos el equipo y los suministros médicos sin utilizar o pagar el precio justo del mercado por ellos cuando ya no tengan cobertura.

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 adónde se dirige para que podamos ayudarle 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 de diálisis:

- equipo y suministros para hemodiálisis y diálisis peritoneal en el hogar: **sin cargo**
- una consulta de rutina como paciente ambulatorio al mes con el equipo interdisciplinario de nefrología para una consulta, examen o tratamiento: **sin cargo**
- tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal: **sin cargo**
- atención para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, medicamentos, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, procedimientos especiales y Servicios de Médicos del Plan): **sin cargo**

Para los siguientes Servicios relacionados con la "Atención de diálisis", consulte estas secciones:

- equipo médico duradero para uso en el hogar (consulte "Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar")
- 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")
- pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales 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")
- consultas de Telesalud (consulte "Atención a pacientes ambulatorios")

Exclusiones de 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 usarlo repetidamente.

- El artículo se utiliza principal y habitualmente para un objetivo médico.
- El artículo es útil solamente para una persona con una lesión o enfermedad.
- El artículo es adecuado para su uso en el hogar (o en otro lugar usado como su hogar según lo define Medicare).

Para que se cubra el DME, deberá cumplir todos los siguientes requisitos:

- Su *EOC* incluye cobertura para el DME solicitado.
- Un Médico del Plan le recetó el DME para su afección médica.
- Se le aprobó el artículo a través del proceso de autorización previa del plan, como se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios".
- Los Servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio.

La cobertura se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si hay que rentar o comprar el equipo, y seleccionamos al proveedor.

DME para la diabetes

Cubrimos los siguientes equipos y suministros para pruebas sanguíneas 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 en la sangre para la diabetes y sus suministros (tales como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, 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 en la sangre para la diabetes y sus suministros (tales como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas): **sin cargo**
- bombas de insulina y suministros para operar la bomba: **sin cargo**

DME básicos

Cubrimos los DME básicos (lo que incluye la reparación y el cambio del equipo cubierto) si se cumplen todos los requisitos descritos en las "Reglas sobre la cobertura del DME" de esta sección "Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar". "DME básicos" incluye los siguientes artículos:

- monitores de glucosa en la sangre para la diabetes y sus suministros (tales como tiras reactivas para el monitor de glucosa en la sangre, lancetas y dispositivos para lancetas)
- estimulador óseo
- bastones (con manija curva estándar o apoyo cuádruple) y suministros de reemplazo
- tracción cervical (de puerta)
- muletas (estándar o de antebrazo) y suministros de reemplazo
- almohadilla de presión seca para colchón
- bombas de infusión (tales como bombas de insulina) y suministros para hacer funcionar la bomba
- soporte para línea intravenosa (IV)
- nebulizador y suministros
- medidores de flujo máximo
- cobijas para fototerapia para el tratamiento de la ictericia en recién nacidos

Su Costo Compartido. Usted paga lo siguiente por los DME básicos cubiertos: **sin cargo.**

Otros DME cubiertos

Si se cumplen todos los requisitos descritos en las "Reglas sobre la cobertura del DME" de esta sección "Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar", cubrimos los otros DME que se indican a continuación (lo que incluye la reparación y el cambio del equipo cubierto):

- Todos los demás DME cubiertos: **sin cargo**

Fuera de nuestra área de servicio

No ofrecemos cobertura para la mayoría de los DME para uso en el hogar 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 la diabetes y sus suministros (tales 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 relacionados con "Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar", consulte las siguientes 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 para el equipo médico duradero (DME) para uso en el hogar

- equipos 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) y 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 en la sangre 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" significa tratamientos y procedimientos para ayudarla 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. Si alguna parte de dicho depósito no se utiliza, 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 programar un procedimiento de fertilidad.

Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad

A los fines de la sección "Servicios 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 para lo siguiente:

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

Deberá pagar lo siguiente por los Servicios de infertilidad con cobertura:

- visitas al consultorio: **un Copago de \$20 por visita**
- la mayoría de las cirugías y los procedimientos ambulatorios cuando se realizan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o en la sala de operaciones de un hospital, o realizadas en otro lugar donde un miembro titulado del personal supervisa sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensibilidad o disminuir 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, según se describió anteriormente: **un Copago de \$20 por procedimiento**
- imágenes diagnósticas para pacientes ambulatorios: **sin cargo**
- pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios: **sin cargo**

- procedimientos especiales para pacientes ambulatorios: **sin cargo**
- medicamentos administrados a pacientes ambulatorios: **sin cargo**
- atención para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, procedimientos especiales y Servicios de Médicos del Plan): **sin cargo**

Nota:

- 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 del Plan.

Para los siguientes Servicios relacionados con los "Servicios de Fertilidad", consulte estas secciones:

- medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios")

Exclusiones en los Servicios de Fertilidad

- servicios para revertir la infertilidad voluntaria, inducida quirúrgicamente
- semen y óvulos (y Servicios relacionados con su obtención y conservación)
- concepción a través de métodos artificiales, tales como trasplantes de óvulos, transferencia intratubárica de gametos (Gamete Intrafallopian Transfer, GIFT), semen y óvulos (y los Servicios relacionados con su obtención y conservación), fecundación in vitro (In Vitro Fertilization, IVF) y transferencia intratubárica de cigotos (Zygote Intrafallopian Transfer, ZIFT)

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 otros Proveedores del Plan ofrezcan durante una consulta cubierta conforme a otra parte de esta *EOC*.

Con el fin de ayudarla a que participe activamente en la protección y el mejoramiento de su salud, también cubrimos varios tipos de asesoramiento, programas y materiales sobre educación para la salud, incluidos programas para dejar de fumar, controlar el estrés y controlar enfermedades crónicas (como la diabetes y el

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 sobre educación para la salud, llame a un Departamento de Educación para la Salud o a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros, consulte *Su Guía (Your Guidebook)* o visite nuestro sitio web en kp.org/espanol.

Nota: 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. Usted paga lo siguiente por 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 cubierto cuando la visita al consultorio es solamente para recibir educación para la salud: **un Copago de \$20 por visita**
- educación para la salud que se brinda durante una consulta o un examen de un paciente ambulatorio cubierta en otra parte de esta *EOC*: **sin Costo Compartido adicional al que se requiere en esa otra parte de esta *EOC***
- materiales cubiertos sobre educación para la salud: **sin cargo**

Servicios para la audición

Ofrecemos cobertura para lo siguiente:

- exámenes de audición con un audiólogo para determinar la necesidad de corrección auditiva: **un Copago de \$20 por consulta**
- Consultas con Especialistas Médicos para diagnosticar y tratar problemas auditivos: **un Copago de \$20 por consulta**

Audífonos

Cubrimos los siguientes Servicios relacionados con audífonos:

- **Asignación de \$2,500** por oído para comprar un audífono cada 36 meses, siempre y cuando lo recete un Médico o un Proveedor del Plan que sea un audiólogo. Cubrimos los audífonos para ambos oídos (incluida la colocación, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección) solo si son necesarios los dos para proporcionar una mejora significativa que no puede obtenerse con un solo dispositivo. No otorgaremos la Asignación para un audífono si ya se le proporcionó una Asignación (o si el audífono tiene cobertura de otro tipo) en los 36 meses anteriores. 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.

Seleccionaremos al proveedor que suministrará el audífono cubierto. La cobertura se limita a los tipos y modelos de audífonos que el proveedor suministre.

Para los siguientes Servicios relacionados con los "Servicios para la audición", 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 de "Beneficios y su Costo Compartido")
- implantes cocleares y dispositivos auditivos osteointegrados (consulte "Aparatos 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 domiciliaria y no mayor a 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 domiciliaria no tienen cobertura a menos que también reciba atención de salud 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 si es posible supervisar y monitorear de manera eficaz la atención médica en el hogar y si los Servicios se pueden brindar de forma segura y eficaz.
- Los Servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio.

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

Para los siguientes Servicios relacionados con los "Servicios de atención médica a domicilio", consulte estas secciones:

- tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo (consulte "Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo")
- 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 de heridas (consulte "Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas")
- medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios")
- consultas como paciente ambulatorio para terapia física, 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 dicho hogar no es un lugar seguro y eficaz para proporcionar tratamiento

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 principal encargado del cuidado y a la familia del Miembro. Un Miembro que elige recibir cuidados paliativos está escogiendo recibir atención paliativa para aliviar el dolor y otros síntomas asociados con las enfermedades terminales, y no 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, es posible que reciba atención de un programa de cuidados paliativos con certificación de Medicare. Reúne los requisitos para obtener el beneficio de cuidados paliativos cuando el médico y el director médico del centro de cuidados paliativos le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan seis meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. El médico que le proporciona los cuidados paliativos puede ser un Proveedor del Plan o no. Los Servicios cubiertos incluyen:

- medicamentos para controlar sus síntomas y aliviar el dolor
- servicio de relevo a corto plazo
- atención domiciliaria

Para los servicios de cuidados paliativos y los servicios cubiertos por Medicare Parte A o B relacionados con su pronóstico terminal: Original Medicare (en lugar de nuestro Plan) pagará los servicios de cuidados paliativos y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su enfermedad terminal. Mientras esté en un programa de cuidados paliativos, el proveedor de estos cuidados facturará a Original Medicare los servicios que cubra.

Para los servicios que están cubiertos por Medicare Parte A o B y que no se relacionan con su pronóstico terminal: Si requiere servicios que no son de emergencia, ni de urgencia que estén cubiertos por Medicare Parte A o Parte B, y que no se relacionan con su enfermedad terminal, el costo de estos servicios dependerá de si usa un Proveedor del Plan:

- Si obtiene servicios cubiertos de un Proveedor del Plan, solo paga el monto del Costo Compartido del plan.
- Si obtiene los servicios cubiertos de un Proveedor Fuera del Plan, paga el costo compartido de Medicare de Pago por Servicio (Original Medicare).

Para los servicios que están cubiertos por nuestro plan, pero que no están cubiertos por Medicare Parte A o B: Seguiremos cubriendo los Servicios cubiertos por el plan, pero que no están cubiertos por la Parte A o 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.

Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D de nuestro plan: Los medicamentos nunca están cubiertos al mismo tiempo por el centro de cuidados paliativos y por nuestro plan. Para obtener más información, consulte "Si está en un centro de cuidados paliativos con certificación de Medicare" en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios".

Nota: Si necesita cuidados que no sean paliativos (atención que no se relacione con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para que organicemos los servicios.

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

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 expectativa 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 los problemas de salud relacionados.

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, incluida 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.
- Terapia física, ocupacional y del habla para aliviar los síntomas o permitirle seguir realizando las actividades de la vida diaria.
- Terapia respiratoria.
- Servicios medicosociales.
- 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. 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 (llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener una lista actualizada de estos medicamentos).
- Equipo médico duradero.
- Servicio de relevo cuando sea necesario para permitir descansar a los encargados de los cuidados. El servicio de relevo es un tipo de cuidado ocasional y a corto plazo que se brinda a pacientes hospitalizados y que se limita a un máximo de cinco días consecutivos por vez.
- Servicios de asesoramiento y apoyo para personas en duelo.
- Asesoría Nutricional.

También ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios de cuidados paliativos solo durante periodos 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 al día, según sea necesaria para mantenerle en el hogar.
- Atención médica como paciente hospitalizado a corto plazo necesaria 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 servicios para trastornos que el *DSM* identifique como otra afección que no sea un "trastorno mental". Por ejemplo, el *DSM* identifica los problemas relacionales como un trastorno que no es un "trastorno mental"; por lo tanto, no cubrimos servicios (como asesoramiento para parejas o familias) para problemas relacionales.

Los "trastornos mentales" incluyen los siguientes problemas médicos:

- enfermedad mental grave de una persona de cualquier edad
- un 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 enfermedades mentales graves o un Trastorno Emocional Grave de un Menor de 18 Años si el Grupo Médico autoriza una remisión por escrito (como se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" en el título "Cómo obtener una remisión" 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 de grupo
- 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 siguientes programas de tratamiento psiquiátrico intensivo en un Centro del Plan:

- hospitalización parcial

- tratamiento interdisciplinario en un programa intensivo para pacientes ambulatorios
- observación psiquiátrica para una crisis psiquiátrica aguda

Su Costo Compartido. Usted paga lo siguiente por 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 sin cargo cuando se los proporcionan en un centro de tratamiento residencial autorizado que proporciona tratamiento individualizado de salud mental las 24 horas, los servicios son provistos de manera general y habitual en un programa de tratamiento residencial de salud mental en un centro de tratamiento residencial autorizado y los servicios se encuentran en un nivel superior al de la atención de custodia:

- evaluación y tratamiento de salud mental individual y de grupo
- Servicios médicos
- vigilancia de la medicación
- 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 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 residencial **sin cargo**.

Hospitalización psiquiátrica

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 relacionados con los "Servicios de salud mental", consulte estas secciones:

- medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios (consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios")
- pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")
- consultas de Telesalud (consulte "Atención a pacientes ambulatorios")

Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas

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

- Un Médico del Plan le recetó suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas para su afección médica.
- Se le aprobó el artículo a través del proceso de autorización previa del plan, como se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios".
- Los Servicios se brindan dentro de nuestra Área de Servicio. La cobertura se limita al equipo estándar que satisfaga de forma adecuada 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 de ostomía, urología y cuidado de heridas cubiertos: **sin cargo**.

Exclusiones en los suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas

- equipos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo

Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios con el Costo Compartido indicado solamente cuando se recetan como parte de la atención cubierta en otros títulos de la sección "Beneficios y su Costo Compartido":

- Determinados Servicios de imágenes diagnósticas y pruebas de laboratorio son Servicios Preventivos.

Puede encontrar más información sobre los Servicios Preventivos que cubrimos en "Servicios preventivos" en esta sección "Beneficios y su Costo Compartido".

- Todas las demás TC, y todas las RMN y estudios PET: **sin cargo**.
- Todos los demás Servicios de imágenes diagnósticas, tales como radiografías, mamografías y ultrasonido de diagnóstico y terapéuticos:
 - ◆ si los servicios de imágenes diagnósticas se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o quirófano de un hospital (o en cualquier otro lugar), y un miembro autorizado del personal vigila sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para aliviar el dolor y minimizar el malestar: **un Copago de \$20 por procedimiento**
 - ◆ si los Servicios de imágenes diagnósticas no requieren que un miembro autorizado del personal vigile sus signos vitales, como se describe más arriba: **sin cargo**
- Medicina nuclear: **sin cargo**.
- Pruebas fotográficas preventivas de rutina para la detección de trastornos de la retina: **sin cargo**.
- Pruebas de laboratorio de rutina para verificar la eficacia de la diálisis: **sin cargo**.
- Todos los demás pruebas de laboratorio (incluidas las pruebas para trastornos genéticos específicos para los que se ofrece asesoría genética): **sin cargo**.
- Todos los demás procedimientos de diagnóstico que brindan Proveedores del Plan que no son médicos (tales como electrocardiogramas [EKG] y electroencefalogramas [EEG]):
 - Si los procedimientos de diagnóstico se realizan en un centro de cirugía ambulatoria o quirófano de un hospital (o en cualquier otro lugar), y un miembro autorizado del personal vigila sus signos vitales mientras recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para aliviar el dolor y minimizar el malestar: **un Copago de \$20 por procedimiento**.
 - Si los procedimientos de diagnóstico no requieren que un miembro autorizado del personal vigile sus signos vitales, como se describe más arriba: **sin cargo**.
- Radioterapia: **sin cargo**.
- Tratamientos con luz ultravioleta: **sin cargo**.

Para los siguientes Servicios relacionados con el "Diagnóstico por imágenes, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios" consulte estas secciones:

- servicios relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad (consulte "Servicios de fertilidad")

Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Cubrimos los medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios especificados en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" cuando se recetan de la siguiente manera:

- Artículos recetados por los Proveedores del plan, dentro del ámbito de su licencia y práctica, y de acuerdo con las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles.
- Artículos recetados por los siguientes Proveedores Fuera del 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 remisión por escrito para el Médico Fuera del Plan (según se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios") y el medicamento, suministro o suplemento está cubierto como parte de esa remisión
 - 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 las pautas que correspondan de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles (nuestra lista de medicamentos de Medicare Parte D o nuestra lista que corresponda a los artículos que no sean de la Parte D).

- Usted obtiene el artículo de una Farmacia del Plan o a través de nuestro servicio de pedidos por correo, excepto que se describa de otra forma 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 (Kaiser Permanente Pharmacy Directory)* 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 con cobertura en otra Farmacia del Plan, excepto si se describe lo contrario en "Ciertos artículos de Farmacias Fuera del Plan" en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios".
- Quien le hace la receta debe aceptar Medicare o presentar documentación ante los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid que demuestre que está calificado para hacer recetas o se negará su reclamo de la Parte D. La próxima vez que hable por teléfono o visite a la persona que le hace la receta médica debe preguntarle si cumple con este requisito. Si no es así, tenga en cuenta que a esta persona le llevará un tiempo presentar la documentación necesaria para que sea procesada.

Además de la cobertura de beneficios médicos y de la Parte D de nuestro plan, si tiene Medicare Parte A, Original Medicare puede 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 (Kaiser Permanente Pharmacy Directory)* o en nuestro sitio web kp.org/refill (en inglés). Consulte en la Farmacia del Plan de su localidad si podemos enviarle su medicamento por correo. Los artículos disponibles a través del servicio de pedidos 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, cubriríamos medicamentos

recetados surtidos en una Farmacia Fuera del Plan en las siguientes circunstancias.

- El medicamento está relacionado con los Servicios de Emergencia, Atención de Posestabilización o Atención de Urgencia Fuera del Área, con cobertura, que se describen en la sección "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia". Nota: En el caso de los medicamentos recetados que hayan sido recetados y surtidos fuera de Estados Unidos y sus territorios como parte de los Servicios de Emergencia o Atención de Urgencia cubiertos, cubriremos un suministro de hasta 30 días en un periodo de 30 días. Estos medicamentos tienen cobertura de sus beneficios médicos y no tienen la cobertura de Medicare Parte D. Por lo tanto, los pagos por 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 de nuestra Área de Servicio, pero dentro de Estados Unidos y sus territorios, y se enferma o se queda sin sus medicamentos recetados con cobertura 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 recetados disponibles de Medicare Parte D.
 - Si no puede obtener un medicamento cubierto en tiempo y forma dentro de nuestra Área de Servicio 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 una receta para un medicamento que por lo general no está en existencia en una Farmacia accesible del Plan o que tampoco está disponible a través de nuestro servicio de pedido por correo (incluidos los medicamentos costosos).
 - Si no puede obtener sus medicamentos recetados en una Farmacia del Plan durante un desastre.

En cualquiera de estos casos, primero llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para ver si hay una Farmacia del Plan cercana. 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.

Pago y reembolso. 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 pedirnos 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 tienen cobertura del 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 las afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir un aviso del médico o del proveedor del centro de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan lo cubra. Para evitar demoras al recibir medicamentos no relacionados que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle a su proveedor del centro de cuidados paliativos o a quien haga la receta que se asegure de que recibamos el aviso de que el medicamento no está relacionado antes de que usted pida a la farmacia que le surta la receta.

En caso de que cancele su elección de centro de cuidados paliativos o reciba el alta de este centro, nuestro plan debe cubrir todos sus medicamentos. Para evitar demoras en la farmacia cuando termina su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, debe presentar en la farmacia la documentación que demuestre su cancelación o el alta del centro. 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 de la Parte D incluye todos los medicamentos que puedan tener cobertura con Medicare Parte D de acuerdo con los requisitos de Medicare. Consulte "Lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D (*Lista completa de medicamentos recetados disponibles de*

Kaiser Permanente 2019)" en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" para obtener más información sobre esta lista.

Costo Compartido para los medicamentos de Medicare Parte D. A menos que usted alcance la etapa de cobertura para catástrofes en un año calendario, pagará los siguientes Costos Compartidos por los medicamentos de Medicare Parte D con cobertura:

- 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: **20 por ciento de Coseguro (no debe ser mayor a \$150) para un suministro de hasta 100 días.** La disponibilidad de los pedidos por correo varía de un artículo a otro. Consulte a 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.

Etapa de cobertura para catástrofes. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare incluyen cobertura para catástrofes para las personas con costos altos de medicamentos. Para calificar para esta cobertura, debe gastar **\$5,100** de su bolsillo durante 2019. Cuando el monto total del Costo Compartido que ha pagado alcance los **\$5,100**, pagará lo siguiente por el resto del 2019:

- **un Copago de \$3** por receta médica para los dispositivos de administración de insulina y los medicamentos genéricos
- **un Copago de \$10** por receta médica para los medicamentos de marca
- **un Copago de \$13 por receta médica** para los medicamentos especializados
- vacunas inyectables de la Parte D: **sin cargo**
- píldoras del día siguiente: **sin cargo**

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

Estos pagos sí se incluyen en sus gastos de bolsillo. Al sumar sus gastos de bolsillo, puede incluir los pagos que aparecen abajo (siempre y cuando sean por medicamentos cubiertos de la Parte D y cumplan las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios"):

- 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 otro plan de medicamentos recetados de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan

Quién paga es importante:

- Si usted mismo hace estos pagos, los pagos se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos también están incluidos si otras personas u organizaciones determinadas los hacen en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos que hace un amigo o familiar, la mayoría de las organizaciones de beneficencia, los programas de asistencia de medicamentos para el SIDA 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. Al sumar sus gastos de bolsillo, no puede incluir ninguno de los siguientes tipos de pagos por medicamentos de venta con receta:

- el monto que aporte, si lo hubiera, para la Prima de su grupo:
- los medicamentos que compre fuera de Estados Unidos y sus territorios
 - los medicamentos que no cubre nuestro plan
 - los medicamentos que compre en una farmacia fuera de la red y que no cumplan los requisitos de cobertura fuera de la red del plan
- medicamentos recetados que cubren la Parte A o la Parte B
- los pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no cubre un plan de medicamentos recetados de Medicare
- los pagos por medicamentos que hacen los planes de salud de grupo, incluidos los planes de salud de empleadores
- los pagos por medicamentos que realizan ciertos planes de seguros y programas de salud con financiamiento del gobierno, como TRICARE y los programas del Departamento de Asuntos de los Veteranos

- los pagos por medicamentos que hace un tercero que tiene la obligación legal de cubrir los costos de medicamentos recetados (por ejemplo, la Compensación del Trabajador)

Recuerde: Si alguna otra organización como las mencionadas anteriormente paga todos o parte de sus gastos de bolsillo por medicamentos de la Parte D, usted tiene la obligación de informárselo a nuestro plan. Llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para notificarnos (los números de teléfono se encuentran en la portada de esta EOC).

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 el monto total que usted u otras personas en su nombre han gastado en medicamentos recetados y el monto 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* a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Programa "Beneficio Adicional" de Medicare

Medicare ofrece "Beneficio Adicional" para pagar los medicamentos recetados a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Entre dichos 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 por medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Este "Beneficio Adicional" también toma en cuenta sus gastos de bolsillo.

Es posible que las personas con ingresos y recursos limitados reúnan los requisitos para participar en el programa "Beneficio Adicional". Algunas personas reúnen los requisitos para participar en el programa "Beneficio Adicional" automáticamente y no es necesario que presenten una solicitud. Medicare envía una carta a las personas que reúnen los requisitos automáticamente para participar en el programa "Beneficio Adicional".

Es posible que pueda obtener "Beneficio Adicional" para pagar los costos y las primas de sus medicamentos recetados. Para saber si califica para recibir "Beneficio adicional", llame a:

- **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana;
- la oficina del Seguro Social al **1-800-772-1213** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-325-0778**), de 7 a. m. a 7 p. m., de lunes a viernes (solicitudes), o

- su oficina estatal de Medicaid (solicitudes). Consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes" para obtener 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 surte sus recetas médicas en una Farmacia del Plan, nuestro plan cuenta con un proceso que le permite solicitar ayuda para obtener evidencia de su nivel de Costo Compartido apropiado o para que nos envíe la evidencia si ya la tiene. Si no está seguro de qué pruebas debe proporcionarnos, comuníquese con una Farmacia del Plan o con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. La evidencia frecuentemente puede ser una carta de su oficina estatal de Medicaid o del Seguro Social en la que se confirme que califica para recibir "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 médicas cubiertas de la Parte D, de tal forma que podamos cobrarle el monto adecuado de Costo Compartido hasta que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid actualicen sus registros para que su estado actual se vea reflejado. Una vez que los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid 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 Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para que se haga la actualización correspondiente:

- Escriba a Kaiser Permanente a:
California Service Center
Attn: Best Available Evidence
P.O. Box 232407
San Diego, CA 92193-2407
- Envíela por fax al **1-877-528-8579**.
- Llévela a una Farmacia del Plan o a su oficina local de Servicio a los Miembros en un Centro 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 reembolsaremos el dinero. 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. Llame a

nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si tiene más preguntas.

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 Subsidio por bajos ingresos* [Low Income Subsidy, LIS]), que explica sus costos como miembro de nuestro plan. Si el monto del "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*.

Lista de medicamentos recetados disponibles de Medicare Parte D (Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente 2019)

Nuestra lista de Medicare Parte D es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan junto con un equipo de proveedores de atención médica que representa los tratamientos recetados que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestra lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare y contar con su aprobación. Nuestra lista incluye todos los medicamentos que puedan tener cobertura con Medicare Parte D de acuerdo con los requisitos de Medicare. Para ver una lista completa y actualizada de los medicamentos recetados de Medicare Parte D que cubrimos, visite nuestro sitio web en kp.org/seniormedrx (haga clic en "Español") o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

La inclusión de un medicamento en nuestra lista no significa necesariamente que el Médico del Plan lo recete para una afección médica en particular. Las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles le permiten obtener medicamentos recetados de Medicare Parte D si un Médico del Plan determina que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para su enfermedad. Si no está de acuerdo con la decisión de su Médico del Plan, consulte "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación" en la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

Acerca de los medicamentos especializados. Los medicamentos especializados son medicamentos de alto costo que están en nuestra lista de medicamentos especializados. 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

periodo de 30 días. La Farmacia del Plan puede informarle si un medicamento que usted usa está incluido entre estos medicamentos.

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 descritos en "Copagos y coseguros 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 descritos en "Copagos y coseguros para los medicamentos de Medicare Parte D" en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios". Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente 2019*. Esto sucede porque es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos de acuerdo con factores tal 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/seniormedrx (haga clic en "Español"). También puede llamar a nuestra Central de Llamadas de 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 disponibles que es posible que hagamos incluyen:

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

Si retiramos medicamentos de la lista de medicamentos recetados disponibles 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. Le notificaremos sobre el cambio por lo menos 60 días antes de la fecha en que el cambio entre en vigor o le proporcionaremos un suministro de 60 días 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 disponibles porque ha sido retirado del mercado, no le avisaremos con 60 días de anticipación antes de eliminar el medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. 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 recetado 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 comunicarse con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para asegurarse de que no tenga cobertura. Si Servicio a los Miembros confirma que no cubrimos su medicamento, tiene dos opciones:

- Puede preguntar a su Médico del Plan si puede cambiar a otro medicamento que tenga cobertura con 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 de cobertura, quejas y apelaciones" para obtener más información sobre cómo solicitar una excepción.

Política de transición. Si se inscribió recientemente a nuestro plan, es posible que pueda obtener un suministro temporal de un medicamento de Medicare Parte D que estaba tomando y que tal vez no esté en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles 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 activos. Los miembros deben consultar a sus Médicos del Plan para decidir si deberían cambiar a otro medicamento con cobertura o solicitar una excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles de la Parte D para recibir cobertura para el medicamento. Consulte nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o nuestro sitio web kp.org/seniormedrx (haga clic en "Español"), para obtener más información sobre nuestra cobertura de transición de la Parte D.

Exclusiones de Medicare Parte D (medicamentos que no pertenecen a la Parte D). Por ley, determinados tipos de medicamentos no tienen cobertura de Medicare Parte D. 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. Un plan de medicamentos recetados de Medicare no puede cubrir un medicamento de Medicare Parte D en las siguientes situaciones:

- El medicamento tiene cobertura en Medicare Partes A o B.
- El medicamento se compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Los usos "no indicados" (off-label, es decir, usos fuera de las especificaciones de la etiqueta de un medicamento como está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos federal) de un medicamento recetado, excepto en los casos en los que el uso esté avalado por ciertos libros de referencia. El Congreso ha mencionado específicamente los libros de referencia que indican si se permitiría el uso "no indicado". (Estos libros de referencia son American Hospital Formulary Service Drug Information [Servicio de información sobre medicamentos de la lista de medicamentos recetados disponibles para hospitales de Estados Unidos]; DRUGDEX Information System [Sistema de información DRUGDEX]; y la Información de despacho de la farmacopea de Estados Unidos [United States Pharmacopeia Dispensing Information, USPDI] o su sucesor, y, para el cáncer, National Comprehensive Cancer Network and Clinical Pharmacology [Red Integral Nacional de Cáncer y Farmacología Clínica] o su sucesor). Si el uso no está avalado por alguno de estos libros de referencia, conocidos como compendios, entonces se considera que el medicamento no pertenece a la Parte D y no puede tener cobertura de Medicare Parte D.

Además, por ley, determinados tipos de medicamentos o categorías de medicamentos no pueden tener cobertura de Medicare Parte D. Estos medicamentos son:

- medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- 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 de venta con receta, excepto las vitaminas y las preparaciones con fluoruro prenatales

- medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- medicamentos para el tratamiento de anorexia, pérdida o aumento de peso
- medicamentos para pacientes ambulatorios 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 con cobertura de Medicare Parte B", "Determinados medicamentos intravenosos, suministros y suplementos" y "Medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios que no tienen cobertura de Medicare" de la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios". Si un medicamento no tiene cobertura de Medicare Parte D, consulte esos 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, llame a nuestra Central de Llamadas de 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:

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

Medicamentos para pacientes ambulatorios con cobertura de 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:

- medicamentos que en general no se autoadministra el paciente y que se inyectan o administran mediante infusión cuando recibe servicios de un médico, servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios o servicios de un centro de cirugía ambulatoria
- medicamentos que se administran con equipo médico duradero (tal como un nebulizador) que fueron recetados por un Médico del Plan
- factores de coagulación autoadministrados mediante inyección si tiene hemofilia
- medicamentos inmunodepresores si Medicare pagó el trasplante (o se requirió que un plan de grupo pagara antes de que Medicare lo hiciera)
- medicamentos inyectables para la osteoporosis si está confinado en casa, tiene una fractura que un médico certifica que se relaciona con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento
- antígenos
- ciertos medicamentos orales contra el cáncer y las náuseas
- determinados medicamentos para la diálisis en el hogar, entre ellos la heparina, el antídoto para la heparina cuando es medicamento necesario, anestésicos de aplicación tópica y agentes de estimulación de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp® o Darbepoetin Alfa)
- inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en casa de enfermedades primarias de deficiencia inmunitaria

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 determinados 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 recetados disponibles que no pertenecen a la Parte D:

- Medicamentos que requieren una receta médica por ley y no tienen cobertura de Medicare Parte B o D. También cubrimos determinados medicamentos que no requieren una receta médica por ley si están en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles correspondiente a artículos de la Parte D.
- Diafragmas, capuchones cervicales, anillos y parches anticonceptivos.
- Agujas y jeringas desechables necesarias para inyectarse medicamentos con cobertura, plumas de administración y dispositivos de ayuda visual necesarios para asegurar la administración de la dosis correcta (excepto los artículos para la visión) que no tengan cobertura de Medicare Parte B o D.
- Espaciadores para inhaladores necesarios para inhalar medicamentos con cobertura.
- Tiras reactivas para cetonas y comprimidos o tiras reactivas para azúcar o cetonas para realizar análisis de orina para la diabetes.
- Continuidad de los medicamentos que no pertenecen a la Parte D: Si esta *EOC* se enmienda para excluir algún medicamento que no pertenece a la Parte D que está cubierto conforme a esta *EOC*, el medicamento que no pertenece a la Parte D se seguirá brindando solo 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) federal.
- Medicamentos aprobados por la FDA para dejar de fumar, incluidos los medicamentos de venta sin receta, cuando los receta un Médico del Plan.

Costos Compartidos para medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios. Vea a continuación los costos compartidos para estos productos:

- Artículos genéricos (que no se describen en otra parte de esta *EOC*): **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 *EOC*): **un Copago de \$25** para un suministro de hasta 100 días.
- Medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual:

Coseguro del 25 por ciento para un suministro de hasta 100 días.

- Productos de aminoácidos modificados que se utilizan para tratar anomalías congénitas del metabolismo de los aminoácidos (tal como la fenilcetonuria) y la fórmula enteral alimentaria elemental cuando se usa como terapia primaria para la enteritis regional: **sin cargo** para un suministro de hasta 30 días.
- **Continuidad de la administración de medicamentos: Coseguro del 50 por ciento** para un suministro de hasta 30 días en un periodo de 30 días.
- Suministros para análisis de orina en diabéticos: **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, usted pagará el monto menor.

Lista de medicamentos recetados disponibles que no pertenecen a la parte D. La lista de medicamentos recetados disponibles 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 integrado principalmente por Médicos del Plan, selecciona medicamentos para la lista de medicamentos recetados disponibles basándose en una serie de factores, como la seguridad y la eficacia, según se determina mediante el estudio de las publicaciones médicas. El comité se reúne por lo menos trimestralmente para considerar la inclusión y eliminación de medicamentos de la lista, tomando en cuenta información nueva o medicamentos nuevos disponibles. Para averiguar qué medicamentos están en la lista de medicamentos recetados disponibles de su plan, visite nuestro sitio web en kp.org/formulary (en inglés). Si desea solicitar una copia de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles que no pertenecen a la parte D de su plan, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Nota: La inclusión de un medicamento en la lista de medicamentos recetados disponibles no significa, necesariamente, que el Médico del Plan lo vaya a recetar para una afección médica en particular.

Las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles le permiten obtener medicamentos recetados que no estén incluidos en la lista (que no se incluyen en esta lista como tratamientos para su enfermedad) siempre que un Médico del Plan determine que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico y que, en otras circunstancias, estarían cubiertos. Si su Médico del Plan determina que un medicamento recetado que no se incluye en la lista de

medicamentos recetados no es Necesario desde el Punto de Vista Médico y usted no está de acuerdo con esta decisión, puede presentar una apelación según se describe en la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas". Además, según las pautas de nuestra lista de medicamentos que no pertenecen a la Parte D, es posible que sea necesario que participe en un programa de modificación del comportamiento aprobado por el Grupo Médico para el tratamiento de ciertas afecciones, y también que deba pagar para participar en el programa.

Acerca de los medicamentos especializados. Los medicamentos especializados son medicamentos de alto costo que están en nuestra lista de medicamentos especializados. 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 periodo de 30 días. La Farmacia del Plan puede informarle si un medicamento que usted usa está incluido entre estos medicamentos.

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 revisando nuestros registros. Durante estas revisiones, buscamos detectar problemas en relación con los medicamentos, tales como:

- posibles errores en los medicamentos
- medicamentos duplicados que no sean necesarios porque ya está usando otro medicamento 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

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 puede ayudar a garantizar que nuestros miembros tomen de forma segura sus

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

- exigirle que surta todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas en una sola farmacia
- exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas de un solo médico
- limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepinas que cubriremos

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

Es posible que el DMP no se aplique para usted si tiene ciertas condiciones médicas, como cáncer, o si recibe cuidados paliativos o vive en un centro de atención 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 afecciones 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 afecciones médicas y nos ayuda 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.

Tarjeta de identificación para las Farmacias del Plan

Debe presentar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente cuando obtenga artículos con cobertura de las Farmacias del Plan, incluidas aquellas que Kaiser Permanente no opere ni sean de su propiedad. Si no tiene su tarjeta de identificación, es posible que la Farmacia del Plan le pida que pague los Cargos por sus artículos con cobertura, y deberá presentar una reclamación de reembolso según se describe en la sección "Solicitudes de pago".

Notas:

- Si los Cargos por un artículo con cobertura son menores al Copago, usted pagará el monto menor.
- El equipo médico duradero utilizado para administrar medicamentos, tales como las bombas de insulina para la diabetes (y sus suministros) y el equipo para los análisis de sangre para la diabetes (y sus suministros) no tienen cobertura en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" (consulte el título "Equipo Médico Duradero [DME] para uso en el hogar" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido").
- Excepto por las vacunas con cobertura de Medicare Parte D, los medicamentos que se le administren en un Consultorio Médico del Plan o durante las visitas a domicilio no tienen cobertura en esta sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" (consulte el título "Atención a pacientes ambulatorios" de la sección "Beneficios y su Costo Compartido").
- Los medicamentos con cobertura durante una estadía con cobertura en un Hospital del Plan o Instalación de Enfermería Especializada no tienen cobertura en esta sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" (consulte "Atención a pacientes hospitalizados" y "Atención en Instalaciones de Enfermería Especializada" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido").

Limitaciones de los medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

Límite de días de suministro. Los Médicos del Plan determinan la cantidad de un medicamento u otro artículo que sea Necesario desde el Punto de Vista Médico para un suministro diario específico para usted. Luego de pagar los Costos Compartidos que se especifiquen en la sección "Medicamentos recetados, suministros y

suplementos para pacientes ambulatorios", recibirá el suministro recetado de hasta 100 días en un periodo de 100 días. Sin embargo, es posible que la Farmacia del Plan reduzca el suministro diario entregado a un suministro de 30 días en un periodo de 30 días con el Costo Compartido mencionado en la sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" si la Farmacia del Plan determina que hay un suministro limitado en el mercado o un suministro de 31 días en un periodo de 31 días, si el artículo lo entrega una farmacia de un centro de atención a largo plazo. Además, las Farmacias del Plan pueden limitar la cantidad dispensada según se describe en "Supervisión de utilización de servicios". Si desea recibir un suministro que supere el límite diario con cobertura, la cantidad adicional no tiene cobertura y usted deberá pagar los Cargos por la cantidad recetada que exceda este límite. La cantidad que paga por los medicamentos sin cobertura no cuenta para alcanzar la etapa de cobertura para catástrofes.

Supervisión de utilización de servicios. Para determinados artículos, tenemos requisitos y límites de cobertura adicionales que ayudan a promover el uso eficaz de los medicamentos y nos ayuda a controlar los costos de medicamentos del plan. Los siguientes son ejemplos de estas herramientas de supervisión de utilización de servicios:

- **Límites de cantidad:** Es posible que la Farmacia del Plan reduzca el suministro diario que se entrega con el Costo Compartido especificado en esta sección "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" a un suministro menor de 30 días en cualquier periodo de 30 días para medicamentos específicos. La Farmacia del Plan puede informarle si un medicamento que usted usa está incluido entre estos medicamentos. Además, cubrimos los medicamentos recetados para el tratamiento ocasional de la disfunción sexual hasta un máximo de 8 dosis en cualquier periodo de 30 días, hasta 16 dosis en cualquier periodo de 60 días o hasta 27 dosis en cualquier periodo de 100 días. Asimismo, en caso de escasez de un medicamento en el mercado y en la cantidad de suministros disponibles, es posible que reduzcamos la cantidad del medicamento dispensado según corresponda y que cobremos un Costo Compartido.
- **Sustitución por genéricos:** Cuando se disponga de una versión genérica de un medicamento de marca, las Farmacias del Plan le entregarán automáticamente la versión genérica, a menos que el Médico del Plan haya solicitado específicamente una excepción de la lista de medicamentos recetados disponibles porque es Necesario desde el Punto de Vista Médico que usted reciba el medicamento de marca en vez de la alternativa de la lista.

Exclusiones en medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

- cualquier empaque solicitado (tales como empaques de dosis) que no sea el habitual de la farmacia que lo surte
- productos compuestos a menos que el ingrediente activo del producto compuesto esté incluido en una de nuestras listas de medicamentos recetados disponibles
- medicamentos que se recetan para acortar la duración de un resfriado común

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, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Nota: Si recibe algún otro servicio con cobertura que no sea un Servicio Preventivo durante o después de una consulta que incluya Servicios Preventivos incluidos en la lista, deberá pagar los Costos Compartidos correspondientes a estos otros servicios. Por ejemplo, si las pruebas de laboratorio o los servicios de imágenes diagnósticas ordenados durante una consulta preventiva al consultorio no resultan ser Servicios Preventivos, deberá pagar el Costo Compartido aplicable para 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 consulta preventiva "Bienvenido a Medicare" (por única vez): **sin cargo**
- consulta de bienestar anual: **sin cargo**
- medición de la masa ósea: **sin cargo**
- pruebas de detección del cáncer de seno (mamografías): **sin cargo**
- consulta para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento de enfermedades cardiovasculares): **sin cargo**
- pruebas de enfermedades cardiovasculares: **sin cargo**

- pruebas de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal: **sin cargo**
- pruebas de detección del cáncer colorrectal, incluidas las sigmoidoscopias flexibles, las colonoscopias y las pruebas de sangre oculta en materia fecal: **sin cargo**
- pruebas de detección de la depresión: **sin cargo**
- pruebas de detección de diabetes, incluidas las pruebas de glucosa en ayunas: **sin cargo**
- capacitación para el automanejo de la diabetes: **sin cargo**
- pruebas de detección de glaucoma: **sin cargo**
- pruebas de detección de VIH: **sin cargo**
- vacunaciones (incluida la vacuna) con cobertura de Medicare Parte B, tales como las vacunas contra la hepatitis B, la gripe y el neumococo que se le apliquen en un Consultorio Médico del Plan: **sin cargo**
- pruebas de detección del 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**
- prueba de detección de la obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida: **sin cargo**
- exámenes de detección del cáncer de próstata, incluidos los exámenes rectales digitales y las pruebas de antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigens, PSA): **sin cargo**
- examen de detección del uso indebido del alcohol y asesoramiento para reducir su uso: **sin cargo**
- pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual y asesoramiento para prevenirlas: **sin cargo**
- dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o de consumir tabaco): **sin cargo**
- consulta preventiva "Bienvenido a Medicare": **sin cargo**

Dispositivos protésicos y ortopédicos

Reglas de cobertura de los dispositivos protésicos y ortopédicos

Cubrimos los dispositivos protésicos y ortopédicos especificados en esta sección "Dispositivos protésicos y ortopédicos" si se cumplen todas estas condiciones:

- El dispositivo es de uso general y repetido, y se utiliza principal y habitualmente con propósitos médicos.
- El dispositivo es un dispositivo 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 a través del proceso de autorización previa del plan, como se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" bajo el título "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios".
- Los Servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio.

La cobertura incluye la adaptación y el ajuste de estos dispositivos, su reparación o reemplazo y los servicios necesarios para determinar si necesita un dispositivo protésico u ortopédico. Si cubrimos el reemplazo del dispositivo, usted pagará el Costo Compartido que pagaría por obtener el dispositivo.

Dispositivos protésicos y ortopédicos básicos

Si se cumplen todos los requisitos descritos en "Reglas de cobertura de los Dispositivos protésicos y ortopédicos" de esta sección "Dispositivos protésicos y ortopédicos", cubriremos los artículos descritos en esta sección "Dispositivos protésicos y ortopédicos básicos".

Dispositivos implantados internamente. Cubrimos dispositivos protésicos y ortopédicos, tales como marcapasos, lentes intraoculares, implantes cocleares, dispositivos auditivos integrados al hueso y articulaciones de cadera, de acuerdo con las pautas de Medicare, si se los implanta durante una cirugía cubierta según otra sección de esta sección de "Beneficios y su Costo Compartido". Ofrecemos cobertura para estos dispositivos **sin cargo**.

Dispositivos externos. Ofrecemos cobertura sin cargo de los siguientes dispositivos protésicos y ortopédicos externos:

- Prótesis y dispositivos ortóticos 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.
- Dispositivos protésicos y accesorios de instalación utilizados para restaurar el habla después de la extirpación de parte o la totalidad de la laringe (no se incluyen las máquinas electrónicas de producción de voz, ya que no son dispositivos protésicos).
- Prótesis necesarias después de una mastectomía Necesaria desde el Punto de Vista Médico, incluidas las prótesis 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 vendas y prendas para linfedema.
- Fórmula enteral para los Miembros que se alimentan a través de una sonda, según las pautas de Medicare.
- Bomba para alimentación enteral y suministros.
- Tubo de traqueotomía 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 dispositivos protésicos y ortopédicos con cobertura

Si se cumplen todos los requisitos descritos bajo el título "Reglas de cobertura de los dispositivos protésicos y ortopédicos" de la sección "Dispositivos protésicos y ortopédicos", cubriremos los siguientes artículos descritos en la sección "Otros dispositivos protésicos y ortopédicos con cobertura", de acuerdo con las pautas de Medicare:

- dispositivos protésicos necesarios para reemplazar una parte o la totalidad de un órgano o extremidad (incluidos los dispositivos externos para la disfunción sexual)
- dispositivos ortopédicos necesarios para brindar apoyo o corregir alguna parte del cuerpo con defectos

Su Costo Compartido. Deberá pagar lo siguiente por otros dispositivos protésicos y ortopédicos con cobertura: **sin cargo**.

Para los siguientes servicios relacionados con los "Dispositivos protésicos y ortopédicos", 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 cataratas (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 dispositivos protésicos y ortopédicos

- 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 "Dispositivos protésicos y ortopédicos" y en la sección "Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas".
- Equipos o artículos para comodidad, conveniencia o lujo.
- Reparación o reemplazo de un dispositivo a causa del uso indebido.
- 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 "Dispositivos protésicos y ortopédicos" para las complicaciones relacionadas con la diabetes.
- Dispositivos protésicos y ortopédicos no diseñados para realizar actividades normales de la vida diaria (incluidos los dispositivos diseñados para ofrecer un soporte adicional para realizar actividades recreativas y deportivas).
- Lentes intraoculares (intraocular lenses, IOL) no convencionales después de una cirugía de cataratas (por ejemplo, lentes intraoculares para la corrección de la presbicia). Si las 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 las lentes intraoculares convencionales. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre los Cargos de las IOL no convencionales y los servicios relacionados y los Cargos para la colocación de las IOL 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 cubiertos de cirugía reconstructiva:

- cirugías y procedimientos ambulatorios cuando se realizan en un centro para pacientes ambulatorios o de cirugía ambulatoria, o en la sala de operaciones de un hospital, o si se realizan en otro lugar y un miembro titulado del personal supervisa sus signos vitales mientras usted recupera la sensibilidad después de la administración de medicamentos para reducir la sensibilidad o disminuir 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, según se describió anteriormente: **un Copago de \$20 por procedimiento**
- cualquier otro procedimiento ambulatorio que no requiera que un miembro autorizado del personal vigile sus signos vitales, como se describió anteriormente: **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 vigile sus signos vitales, como se describió anteriormente, tienen cobertura de acuerdo con "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")
- atención para pacientes hospitalizados (incluidos habitación y alimentación, medicamentos, imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio, procedimientos especiales y Servicios de Médicos del Plan): **sin cargo**

Para los siguientes Servicios relacionados con la "Cirugía reconstructiva", 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 "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales 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")
- dispositivos protésicos y ortopédicos (consulte "Dispositivos protésicos y ortopédicos")

- consultas de Telesalud (consulte "Atención a pacientes ambulatorios")

Exclusiones en 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, con 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 afección 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" ["excepted"] 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.

Nota: 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 ensayo clínico aprobado por Medicare, Original Medicare (no Senior Advantage) paga la mayoría de los costos de rutina de los Servicios cubiertos que reciba como parte del ensayo clínico. Cuando participe en un ensayo clínico, puede seguir inscrito en Senior Advantage y continuar recibiendo el resto de la atención (es decir, la atención que no esté relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en un ensayo clínico aprobado por Medicare, no necesita obtener una remisión de un

Proveedor del Plan y tampoco es necesario que los proveedores que le administren atención como parte del ensayo clínico sean Proveedores del Plan. Aunque no es necesario que obtenga una remisión de un Proveedor del Plan, debe informarnos antes de comenzar a participar en un ensayo clínico para que podamos realizar un seguimiento de sus Servicios.

Cuando se inscribe en un ensayo clínico aprobado por Medicare, tiene cubiertos los Servicios de rutina que reciba como parte del estudio. Los Servicios de rutina incluyen habitación y alimentación para una hospitalización que Medicare pagaría incluso si no participase en un estudio clínico, una operación u otro procedimiento médico que forme parte del estudio clínico y el tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que surjan de la nueva atención.

Original Medicare paga la mayoría de los costos de los Servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio clínico. Después de que Medicare haya pagado su parte de los costos de estos Servicios, pagaremos la diferencia entre el costo compartido de Original Medicare y su Costo Compartido como Miembro de nuestro plan. Es decir que pagará la misma cantidad por los Servicios de rutina que reciba como parte del estudio clínico que la que pagaría si recibiese estos Servicios de nuestro plan.

Para que paguemos nuestra parte del costo, usted deberá presentar una solicitud de pago. Deberá adjuntar a la solicitud una copia del Resumen de avisos de Medicare u otra documentación que muestre qué servicios recibió como parte del ensayo y cuánto debe. Consulte la sección "Solicitudes de pago" para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Para obtener más información sobre la participación en un ensayo clínico, consulte el folleto "Medicare y los estudios de investigación clínica". Para obtener una copia gratuita, llame directamente a Medicare a la línea telefónica gratuita 1-800-633-4227 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048) las 24 horas del día, 7 días a la semana, o visite el sitio web www.medicare.gov (en inglés).

Exclusiones en los Servicios asociados con ensayos clínicos

Si usted participa en un estudio de investigación clínica, ni Medicare ni nuestro plan pagarán nada de 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 los servicios que reciba solo para obtener información y que no se usen en su atención médica directa

- los servicios de atención médica habitualmente proporcionados por los patrocinadores de la investigación de forma gratuita para cualquier persona inscrita en el ensayo clínico

Atención en una Instalación de Enfermería Especializada

Dentro de nuestra Área de Servicio, ofrecemos cobertura de hasta 100 días por periodo de beneficios para servicios especializados para pacientes hospitalizados en una Instalación de Enfermería Especializada del plan, de acuerdo con las pautas de Medicare. Generalmente, los servicios especializados para pacientes hospitalizados deben ser proporcionados por una Instalación de Enfermería Especializada, cuyo nivel debe ser superior al de la atención de custodia o médica intermedia.

Un periodo 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 periodo de beneficios termina en la fecha en que ya haya sido un paciente hospitalizado en un hospital o Instalación de Enfermería Especializada para recibir un nivel de tratamiento especializado, durante 60 días consecutivos. Un nuevo periodo de beneficios puede comenzar solamente después de que haya finalizado cualquier periodo de beneficios existente. No es necesaria una hospitalización anterior de tres días en un hospital de atención de problemas médicos agudos. Nota: Si su Costo Compartido cambia durante un periodo de beneficios, continuará pagando el monto anterior del Costo Compartido hasta que comience un nuevo periodo de beneficios.

Cubrimos 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 una instalación de enfermería especializada del plan, según las pautas de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y si son administrados por personal médico en esa instalación
- equipo médico duradero según las pautas de nuestra lista de equipo médico duradero y de Medicare si una instalación de enfermería especializada generalmente proporciona el equipo
- Servicios de laboratorio e imágenes diagnósticas que generalmente proporcionan las Instalaciones de Enfermería Especializada
- Servicios medicosociales
- sangre, glóbulos rojos, plasma, plaquetas y su administración
- suministros médicos
- terapia física, ocupacional y del habla de acuerdo con las pautas de Medicare
- tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo
- terapia respiratoria

Su Costo Compartido. Cubrimos estos Servicios en Instalaciones de Enfermería Especializada **sin cargo.**

Para los siguientes Servicios relacionados con la “Atención en una Instalación de Enfermería Especializada”, consulte estas secciones:

- imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes externos (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")

Atención en una Instalación de Enfermería Especializada Fuera del Plan

Por lo general, usted recibirá su atención en una Instalación de Enfermería Especializada en Centros del Plan. Sin embargo, en ciertas condiciones que se mencionan a continuación, es posible que reciba atención con cobertura de un centro que no pertenezca al plan si el centro acepta como pago los montos de nuestro plan.

- un hogar geriátrico o un centro para jubilados con atención continua donde usted vivía antes de ir al hospital (siempre y cuando se proporcione atención de Instalaciones de Enfermería Especializada).
- una Instalación de Enfermería Especializada donde vive su cónyuge cuando usted deja el hospital

Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias

Cubrimos los Servicios especificados en esta sección “Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias” solamente cuando los Servicios son para el diagnóstico o el tratamiento de trastornos por abuso de sustancias. Un "trastorno por abuso de sustancias" es un problema identificado como un "trastorno por abuso de sustancias" en la edición más reciente del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

Tratamiento del trastorno por consumo 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 trastornos por abuso de sustancias
- programas intensivos para pacientes ambulatorios
- tratamiento médico de los síntomas de abstinencia

Su Costo Compartido. Usted paga lo siguiente por 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 de tratamiento diario: **un Copago de \$5 por día**

Tratamiento residencial

Dentro de nuestra Área de Servicio, cubrimos los siguientes Servicios cuando los recibe 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 trastornos por abuso de sustancias
- servicios médicos
- vigilancia de la medicación
- 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 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 tratamiento médico de 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 relacionados con el "Tratamiento de trastornos por abuso de sustancias" consulte estas secciones:

- pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales para pacientes ambulatorios")
- medicamentos autoadministrados para pacientes ambulatorios (consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios")
- consultas de Telesalud (consulte "Atención a pacientes ambulatorios")

Servicios de trasplantes

Ofrecemos cobertura para trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea de acuerdo con las pautas de Medicare y si el Grupo Médico proporciona una remisión escrita para atención en un centro de trasplantes, como se describe en "Procedimiento de autorización del Grupo Médico para determinadas remisiones" en "Cómo obtener una remisión" en la sección "Cómo obtener servicios".

Después de recibir una remisión para un centro de trasplantes, se aplicarán las siguientes disposiciones:

- Si el Grupo Médico o el centro al que se le remita 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 el Grupo Médico 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 para usted, y pueden incluir determinados Servicios para la obtención de órganos, tejidos o médula ósea, y para el tratamiento de complicaciones. Llame a nuestra Central de

Llamadas de 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 la atención de pacientes hospitalizados, consulte "Atención 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 relacionados con los "Servicios de trasplante", consulte estas secciones:

- imágenes diagnósticas y análisis de laboratorio para pacientes ambulatorios (consulte "Imágenes diagnósticas, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales 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 para la vista

Ofrecemos cobertura para lo siguiente:

- exámenes de rutina de los ojos con un Optometrista del Plan para determinar la necesidad de medidas correctivas de la vista (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 el diagnóstico y el tratamiento de lesiones o enfermedades de los ojos: **un Copago de \$20 por consulta**
- Consultas con Especialistas No Médicos para el diagnóstico y el tratamiento de lesiones o enfermedades de los ojos: **un Copago de \$20 por consulta**

Servicios ópticos

Cubrimos los Servicios que se describen en esta sección "Servicios ópticos" en los Consultorios Médicos del Plan o las Oficinas de Venta de Productos Ópticos del Plan.

La fecha en que proporcionamos una Asignación para (o cubrimos) un artículo según esta sección "Servicios ópticos" es la fecha en 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 2017 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.º de mayo de 2019 o después de esa fecha. Puede usar las Asignaciones de esta sección de "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 cataratas. Ofrecemos cobertura **sin cargo** de un par de anteojos o lentes de contacto (incluida la adaptación o la dispensación) después de cada cirugía de cataratas 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 visión que cueste más que la cantidad que cubre Medicare para una persona con Original Medicare (también llamado "Medicare de Pago por Servicio"), usted debe pagar la diferencia.

Lentes de contacto especiales

- Cubriremos **sin cargo** hasta dos lentes de contacto por ojo cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico (incluidas la adaptación y la dispensación) en cualquier período de 12 meses para el tratamiento de la aniridia (ausencia del iris) cuando los receta un Médico del Plan o un Optometrista del Plan.
- De acuerdo con las pautas de Medicare, ofrecemos cobertura **sin cargo** 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).
- Si un Médico o un Optometrista del Plan receta lentes de contacto (excepto lentes de contacto para aniridia o afaquia) que aporten una mejora significativa a su visión que no se logra con anteojos, cubriremos **sin cargo** un par de lentes de contacto (incluidas la adaptación y la dispensación) o un suministro inicial de lentes de contacto

desechables (incluidas la adaptación y la dispensación) como máximo una vez cada 24 meses. No cubriremos ningún lente de contacto contemplado en la sección "Lentes de contacto especiales" si proporcionamos una Asignación (u ofrecemos otra cobertura) para un lente de contacto dentro de los 24 meses anteriores, pero sin incluir ninguno de los siguientes:

- lentes de contacto para aniridia o afaquia
- lentes de contacto para los que proporcionamos una Asignación (u ofrecemos otra cobertura) en "Anteojos y lentes de contacto después de una cirugía de cataratas" en la sección de "Servicios para la vista" como resultado de una cirugía de cataratas

Anteojos y lentes de contacto. Proporcionaremos una sola **Asignación de \$150** para la compra de alguno o de todos los siguientes artículos no más de una vez cada 24 meses cuando un médico o un optometrista recete lentes para anteojos (para anteojos y marcos) o lentes de contacto (para lentes de contacto):

- lentes para anteojos cuando un proveedor del plan los coloca en un marco
 - Cubrimos un lente corrector transparente cuando solo necesita corrección un ojo.
 - Cubrimos lentes tintados cuando son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar la degeneración macular o la retinitis pigmentosa.
- marcos para anteojos cuando un proveedor del plan coloca dos lentes (al menos uno con valor refractivo) en el marco
- adaptación y dispensación de lentes de contacto

No otorgaremos la Asignación para lentes o marcos si ya se proporcionó una Asignación (o una cobertura de otro tipo) para lentes o marcos de anteojos en los 24 meses anteriores.

Lentes de reemplazo. Si se le receta un cambio de al menos 0.50 dioptrías en uno o ambos ojos en un plazo de 12 meses desde la fecha inicial de venta de un lente para anteojos o lente de contacto para los que le otorgamos una Asignación (o una cobertura de otro tipo), le otorgaremos una Asignación para comprar un artículo de reemplazo del mismo tipo (lente para anteojos o lente de contacto, adaptación y dispensación) para el ojo que haya tenido el cambio de 0.50 dioptrías. La Asignación para uno de estos lentes de reemplazo es de **\$30** para lentes de anteojos unifocales o lentes de contacto (incluidas la adaptación y la dispensación) y **\$45** para un lente de anteojos multifocales o lenticulares.

Para los siguientes servicios relacionados con los "Servicios para la vista", consulte estas secciones:

- los Servicios relacionados con los ojos o la vista, excepto los Servicios cubiertos que se describen en la sección "Servicios para la vista", tales como cirugía ambulatoria y 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 y aplicaciones con joyas
- armazones industriales o anteojos de seguridad, cuando son un requerimiento para el empleo
- 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 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 se aplican a todos los Servicios que, de otro modo, estarían cubiertos conforme a esta *EOC*, independientemente de si estos servicios se encuentran dentro del ámbito de la licencia o certificado de un proveedor. Las exclusiones adicionales que se aplican solo a un beneficio particular figuran en la descripción de ese beneficio en esta *EOC*. Estas exclusiones o limitaciones no se aplican a los Servicios que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar enfermedades mentales graves o un Trastorno Emocional Grave de un Menor de 18 Años.

Ciertos exámenes y servicios

Exámenes físicos y otros servicios (1) necesarios para obtener o conservar el empleo o para participar en programas para empleados, (2) necesarios para obtener seguros o licencias o (3) solicitados por orden judicial o necesarios para obtener libertad condicional o periodo de

prueba. Esta exclusión no se aplicará si un Médico del Plan determina que los Servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

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 si tiene cobertura para Servicios quiroprácticos adicionales tal como se describa en una enmienda a esta *EOC*.

Servicios estéticos

Servicios que tienen la finalidad principal de cambiar o mantener su apariencia (incluida la cirugía estética, que se define como una cirugía que se hace para modificar o restaurar las estructuras normales del cuerpo para mejorar la apariencia), excepto que esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- servicios cubiertos bajo "Cirugía reconstructiva" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"
- los siguientes dispositivos cubiertos bajo el título "Dispositivos protésicos y ortopédicos" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido": implantes testiculares como parte de una cirugía reconstructiva con cobertura, prótesis mamarias necesarias después de una mastectomía y prótesis para reemplazar parte o la totalidad de una parte externa del rostro

Atención de custodia

Asistencia con actividades de la vida cotidiana (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño 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, los servicios en Instalaciones de Enfermería Especializada o 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 para radioterapia y anestesia dental" de la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

Suministros desechables

Suministros desechables para uso en el hogar, como vendas, gasas, cinta, antisépticos, vendajes, vendas elásticas, pañales, toallas sanitarias y otros suministros para la incontinencia.

Esta exclusión no se aplica a los suministros desechables con cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare o en los títulos "Equipo Médico Duradero (DME) para uso en el hogar", "Atención de salud a domicilio", "Cuidados paliativos", "Suministros para ostomía, urología y cuidado de heridas", "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" y "Dispositivos protésicos y ortopédicos" 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 el 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 son para la atención médica

Por ejemplo, no cubrimos:

- enseñanza de modales y etiqueta
- servicios de enseñanza y apoyo para desarrollar habilidades de planificación, como la planificación de las actividades diarias y la planificación de proyectos o tareas
- artículos y servicios que aumenten el conocimiento o las habilidades académicas

- servicios de enseñanza y apoyo para aumentar la inteligencia
- asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades tales como gramática, matemáticas y administración del tiempo
- enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene usted dislexia
- exámenes educativos
- enseñanza de arte, danza, equitación, música, juego o natación, excepto que esta exclusión de "enseñanza de juego" no corresponde a los Servicios que forman parte de un plan de tratamiento para la salud del comportamiento y tienen cobertura en "Tratamiento de salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"
- enseñanza de habilidades con propósitos laborales o vocacionales
- capacitación vocacional o enseñanza de habilidades vocacionales
- cursos de crecimiento profesional
- capacitación para un trabajo específico o asesoramiento laboral
- terapia acuática y otra hidroterapia, excepto cuando se indique como parte de un programa de terapia física 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.

Masoterapia

Terapia con masajes, excepto cuando se indique como parte de un programa de terapia física de acuerdo con las pautas de Medicare.

Nutrición por vía oral

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

Esta exclusión no se aplica en ninguno de los siguientes casos:

- productos modificados con aminoácidos y fórmula enteral alimentaria elemental cubiertos bajo el título "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"

- fórmula enteral cubierta bajo el título "Dispositivos protésicos y ortopédicos" 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 con cobertura que reciba en un hospital, una Instalación de Enfermería Especializada, atención de relevo para paciente hospitalizado con cobertura en la sección "Cuidados paliativos" para Miembros que no tienen la Parte A o servicios de un programa de tratamiento residencial con cobertura 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 para los Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico con cobertura de acuerdo con las pautas de Medicare.

Servicios sin aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos 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 sin cobertura de Medicare

Servicios 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 EOC como Servicio cubierto.

Servicios brindados por personas no tituladas

Servicios realizados de forma segura y eficaz por personas que no necesiten 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 los preste un proveedor de atención médica titulado.

Esta exclusión no se aplica a los Servicios cubiertos en "Tratamiento para la salud del comportamiento para el trastorno generalizado del desarrollo o autismo" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

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 tendrían cobertura para el tratamiento de complicaciones del Servicio sin cobertura o si tienen cobertura 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, tal 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

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" bajo el título "Reducciones" de esta 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 pueda ser económicamente responsable de los Servicios que recibirá(n) el/los bebé(s).

Gastos de traslados y alojamiento

Los gastos de traslados y alojamiento, excepto como se describe en nuestra descripción del Programa de Traslados y Alojamiento. La descripción del Programa de Traslados y Alojamiento está disponible en línea en kp.org/specialty-care/travel-reimbursements (en inglés) o llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

Limitaciones

Haremos todo lo posible para proporcionar o coordinar Servicios cubiertos conforme a la disponibilidad de centros o 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 del Plan, destrucción parcial o total de instalaciones, y conflictos laborales. En esas circunstancias, si tiene una Afección Médica de Emergencia, llame al 911 o acuda al hospital más cercano según se describe en "Servicios de Emergencia" de la sección "Servicios de Emergencia y Atención de

Urgencia" y le ofreceremos cobertura y reembolso según se describe en esa sección.

Las limitaciones 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 (workers' compensation) a causa de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo o a través del Programa Federal de Neumoconiosis (Federal Black Lung Program)
- 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 una cobertura de salud adicional, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para preguntar qué reglas corresponden 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 las agencias gubernamentales

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

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 estos pagos primarios. Si recibe una compensación por acuerdo o dictamen judicial en nombre o por parte de un tercero que supuestamente le ocasionó una lesión o enfermedad por la que el plan le prestó Servicios cubiertos, deberá asegurarse de que recibamos el reembolso por dichos Servicios. Nota: Esta sección "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, debemos subrogar todas las reclamaciones, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una compañía aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura para obtener resarcimiento monetario por daños, compensación o indemnización por la lesión o enfermedad supuestamente causada por un tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, una notificación por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

Para proteger nuestros derechos, tendremos un derecho de retención y derechos de reembolso sobre el dinero que usted o nosotros obtengamos de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero en cualquier procedimiento o decisión, de otras clases de coberturas que incluyen, entre otras: responsabilidad civil, conductor sin seguro, conductor con 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 que el monto total del dinero sea menor que los daños y perjuicios realmente sufridos. No estamos obligados a pagar los costos u honorarios de ningún abogado que usted haya contratado para procesar su reclamo por daños y perjuicios.

En un plazo de 30 días tras haber presentado un reclamo o acción judicial contra un tercero, debe enviar una notificación por escrito de este reclamo o acción judicial a:

Equian
Kaiser Permanente - Northern California Region
Subrogation Mailbox
P.O. Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: 1-502-214-1291

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, deberá completar y enviarnos todo consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, para dar instrucciones a su abogado, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil para que nos paguen directamente. Usted no puede aceptar dispensar, ceder o reducir los derechos que nos otorga esta disposición sin nuestro previo consentimiento por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador presentan un reclamo contra un tercero por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o conservador y cualquier acuerdo o sentencia favorable

obtenido por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara el reclamo contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho a ejercer nuestro derecho de retención y otros derechos.

Acuerdos de maternidad subrogada

Si celebra un acuerdo de maternidad subrogada, y usted u otro beneficiario tienen derecho a recibir pagos u otra compensación según el acuerdo de maternidad subrogada, debe reembolsarnos los Servicios cubiertos que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto relacionados con dicho acuerdo ("Servicios médicos para el embarazo por encargo de terceros"), hasta la cantidad máxima permitida según la Sección 3040 del Código Civil de California. Un "acuerdo de maternidad subrogada" es aquel en el que una mujer acepta quedar embarazada y entregar el bebé (o los bebés) a otra persona o personas que se harán cargo de criarlo (o criarlos), independientemente de si la mujer recibe un pago por ser madre subrogada. Nota: Esta sección "Acuerdos de maternidad subrogada" no afecta su obligación de pagar 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 las cantidades 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 cesión 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 de salud que ofrecerá cobertura para 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:

Equian
Kaiser Permanente Northern California Region
Surrogacy Mailbox
P.O. Box 36380
Louisville, KY 40233
Fax: 502-214-1291

Debe llenar 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 "Acuerdos de maternidad subrogada" y para satisfacer tales derechos. Usted puede negarse a renunciar, ceder o reducir nuestros derechos contemplados en esta sección "Acuerdos de maternidad subrogada" sin nuestro consentimiento previo por escrito.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o protector presentan una reclamación contra un tercero sobre la base del acuerdo de maternidad subrogada, su heredero, padre o madre, tutor legal o protector y todo acuerdo o sentencia favorable que hayan obtenido estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien hubiera presentado la reclamación contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho a ejercer nuestro derecho de retención y otros derechos.

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

Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU.

En el caso de Servicios para tratar afecciones asociadas al servicio militar y que la ley exige que se reciban solo del Departamento de Asuntos de Veteranos, no pagaremos a esta agencia estos Servicios, y cuando los cubramos, tendremos derecho a solicitar un reembolso a este 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 los pagos primarios de acuerdo con el seguro de los trabajadores o la ley de responsabilidad civil del empleador. Usted podría ser elegible para recibir pagos y otros beneficios, entre ellos los montos recibidos a modo de compensación (lo que, en conjunto, se conoce como "beneficio financiero") conforme a la ley del seguro de los trabajadores o de responsabilidad civil del empleador. Proporcionaremos los Servicios cubiertos 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 ofrezca o sea pagadero, o habría sido necesario proveer o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el beneficio financiero según las leyes del seguro de los trabajadores o de la responsabilidad civil del empleador

Solicitudes de pago

Solicitudes de pago de los Servicios cubiertos o de los medicamentos de la Parte D

Si usted paga nuestra parte del costo de sus servicios cubiertos o de los medicamentos de la Parte D, o si recibe una factura, puede solicitarnos un pago.

Cuando recibe atención médica o un medicamento de la Parte D, a veces debe pagar el costo total en el momento. En otras ocasiones, es posible que note que ha pagado más de lo que le correspondía según las reglas de cobertura de nuestro plan. En cualquiera de estos casos, puede solicitarnos que le devolvamos el dinero (este tipo de devolución de dinero a menudo se llama "reembolso"). Tiene derecho a recibir un reembolso de nuestro plan siempre que pague un porcentaje mayor al que le corresponde por el costo de Servicios médicos o de medicamentos de la Parte D que tengan cobertura en nuestro plan.

También puede suceder que un proveedor le facture el costo total de la atención médica que le proporcionó. En la mayoría de los casos, en lugar de pagar la factura, debe

enviarnosla y nosotros determinaremos si los servicios deben tener cobertura. Si decidimos que deben ser cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor.

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

- **Cuando haya recibido servicios de emergencia, atención de urgencia o atención para diálisis de un Proveedor Fuera del Plan.** Puede recibir servicios de emergencia de cualquier proveedor, sea este o no un Proveedor del Plan. Al recibir servicios de emergencia o atención de urgencia o para diálisis de un Proveedor Fuera del Plan, usted es responsable de pagar solo la parte del costo que le corresponde y no el costo total. Debe solicitar al proveedor que le facture a nuestro plan la parte del costo que nos corresponde pagar.
 - Si paga el monto total al momento de recibir la atención, tendrá que solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura con los comprobantes de cualquier pago que haya hecho.
 - A veces, es posible que un proveedor le envíe una factura para que pague algo que usted considera que no debe pagar. 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 la parte del costo que le corresponde. Pero a veces cometen un error y le envían una factura por una cantidad mayor.
 - Solo debe pagar el monto de su Costo Compartido cuando recibe Servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales independientes como "facturación de saldos". Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su Costo Compartido) se aplica aunque paguemos al proveedor menos de los cargos del proveedor por un servicio, y aunque haya una disputa y no paguemos determinados cargos del proveedor.
 - Si recibe una factura de un Proveedor del Plan y considera que es por una cantidad mayor a la que debería pagar, envíenos la factura. Nos

comunicaremos con el proveedor directamente y solucionaremos el problema de facturación.

- Si ya pagó una factura a un Proveedor del Plan, pero considera que pagó de más, envíenos la factura y los comprobantes de todo pago que haya realizado, y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que pagó y la cantidad que adeudaba de acuerdo con nuestro plan.
- **Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan.** A veces, la inscripción de una persona en nuestro plan es retroactiva. ("Retroactivo" significa que el primer día de su inscripción ya pasó. La fecha de inscripción pudo haber sido incluso el año pasado). Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo alguno de sus Servicios cubiertos o medicamentos de la Parte D después de su fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos los documentos para que procesemos el reembolso. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información adicional sobre cómo solicitar un reembolso y las fechas límites para presentar su solicitud.
- **Cuando usa una Farmacia Fuera del Plan para surtir una receta.** Si va a una Farmacia Fuera del Plan e intenta usar su tarjeta de membresía para surtir una receta, es posible que la farmacia no pueda enviarnos la reclamación directamente. Cuando eso sucede, deberá pagar el costo total de su receta médica. Cubrimos recetas que se surtan en Farmacias Fuera del Plan solamente en unas pocas situaciones especiales. Consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido" para obtener más información.
 - Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- **Cuando pague el costo total de una receta médica porque no tiene la tarjeta de membresía del plan con usted.** Si no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted, puede pedir a la farmacia que nos llame o que busque su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción que necesita rápidamente, es posible que usted deba pagar el costo total de la receta médica.
 - Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitar que le reembolsemos nuestra parte del costo.
- **Cuando pague 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 2019 de Kaiser Permanente* 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 en ese momento el medicamento, posiblemente tenga que pagar el costo total.
- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitar el reembolso. En ciertos casos, es posible que necesitemos obtener más información de su médico para reembolsarle nuestra parte del costo.
- **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, independiente de los beneficios de nuestro plan y paga copagos según dicho programa, puede presentar un comprobante para que se tomen en cuenta sus gastos de bolsillo como requisitos de calificación para la cobertura para catástrofes.
 - Guarde su recibo y envíenos una copia.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que, si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. La sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" tiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Cómo y a dónde enviar su solicitud de pago

Esto es lo que necesita hacer para presentar una reclamación:

- Tan pronto como sea posible, solicite nuestro formulario de reclamaciones llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros a la línea telefónica gratuita **1-800-443-0815** o **1-800-390-3510** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**). Uno de nuestros representantes le asistirá con mucho gusto si necesita ayuda para llenar nuestro formulario de reclamaciones.
- Si ya pagó los servicios, debe enviarnos su solicitud de reembolso. Adjunte cualquier factura o recibo del Proveedor Fuera del Plan.
- Debe completar y enviarnos cualquier información que le solicitemos para procesar la reclamación, como formularios de reclamaciones, consentimiento de divulgación de historias clínicas, cesiones y

reclamaciones de cualquier otro beneficio al que pueda tener derecho. Por ejemplo, es posible que solicitemos documentos tales como documentos de traslado o boletos de viaje originales para validar su reclamación.

- Debe enviar por correo el formulario de reclamación completado a la siguiente dirección lo antes posible, dentro de un plazo de 15 meses después de haber recibido la atención (o hasta 27 meses de acuerdo con las reglas de Medicare, en algunos casos). No envíe ninguna factura o reclamación a Medicare. Cualquier información adicional que solicitemos también debe enviarse por correo a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Claims Administration - NCAL
P.O. Box 24010
Oakland, CA 94623-1010

Nota: Si va a solicitar 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:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Part D Unit
P.O. Box 23170
Oakland, CA 94623-0170

Comuníquese con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si tiene preguntas. Si no sabe cuánto debería haber pagado o recibe facturas y no está seguro de qué debe hacer al respecto, podemos ayudarlo. También puede llamarnos para darnos más información sobre una solicitud de pago que ya nos envió.

Consideraremos su solicitud de pago y responderemos *Si* o *No*

Verificaremos si debemos cubrir el servicio o medicamento de la Parte D y cuánto nos corresponde pagar

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

- Si determinamos que la atención médica o el medicamento de la Parte D tiene cobertura y usted cumplió todas las reglas para recibir esta atención o el medicamento de la Parte D, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó 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 todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. En cambio, le enviaremos una carta que explique las razones por las que no le enviaremos el pago que solicitó y sus derechos de apelar esa decisión.

Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o de un medicamento de la Parte D, puede presentar una apelación.

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

Consulte la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" para obtener información detallada sobre cómo presentar esta apelación. La apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Si es la primera vez que presenta una apelación, le recomendamos que primero lea la "Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones" de la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas", que es una sección introductoria que explica el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones y ofrece definiciones de términos como "apelación". Después de leer la guía puede continuar con la sección "Decisiones sobre la cobertura, apelaciones y quejas informales" que le explica qué hacer en su situación:

- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso de un servicio médico, consulte "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2" en "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación" de la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".
- Si desea presentar una apelación sobre un reembolso por un medicamento de la Parte D, consulte "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2" en "Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación" de la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

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 los gastos de su bolsillo para medicamentos.

En algunas situaciones debe informarnos los pagos que haya realizado para sus medicamentos recetados de la

Parte D con cobertura. Esto no significa que nos esté solicitando un pago, sino que necesitamos esta información sobre sus pagos para calcular correctamente sus gastos de bolsillo. Esto puede ayudarle a calificar más rápidamente para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

A continuación, se presenta una situación en la que debería enviarnos copias de los recibos para informarnos sobre los pagos que haya realizado por sus medicamentos:

) **Cuando obtiene un medicamento a través de un programa de asistencia para pacientes de un fabricante de medicamentos.** Algunos miembros se inscriben en un programa de asistencia para pacientes que ofrece una compañía farmacéutica y que no se incluye como beneficio de nuestro plan. Si obtiene algún medicamento por medio de un programa que ofrece una compañía farmacéutica, es posible que deba pagar un copago al programa de asistencia para pacientes.

- Guarde su recibo y envíenos una copia para que podamos procesar los gastos de su 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. Pero al enviarnos una copia de los recibos, nos permite calcular correctamente los gastos de su bolsillo para medicamentos y es posible que le ayude a reunir más rápido los requisitos para la Etapa de Cobertura para Catástrofes.

Esta situación no se considera una decisión de 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 como Miembro de nuestro plan

We must provide information in a way that works for you (in languages other than English, in Braille, CD, or in large print)

Our plan has people and free interpreter services available to answer questions from disabled and non-English-speaking members. This booklet is available in Spanish by calling our Member Service Contact Center. We can also give you information in Braille, CD or large print at no cost if you need it. We are required to give you information about our plan's benefits in a format that is

accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call our Member Service Contact Center or contact our Civil Rights Coordinator.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with our Member Service Contact Center. You may also file a complaint with Medicare by calling **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** or directly with the Office for Civil Rights. Contact information is included in this Evidence of Coverage or you may contact our Member Service Contact Center for additional information.

Debemos proporcionar la información de un modo adecuado para usted (en idiomas distintos al inglés, en Braille, en CD, o en letra grande)

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

Nuestro plan cuenta con personas y servicios de interpretación disponibles sin costo para responder las preguntas de los miembros discapacitados y que no hablan inglés. Este folleto está disponible en español; llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Si la necesita, también podemos darle, sin costo, información en Braille, CD o letra grande. Tenemos la obligación de darle información acerca de los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener nuestra información de una forma que se adapte a sus necesidades, por favor llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o comuníquese con nuestro Coordinador de Derechos Civiles.

*Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, por favor llame para presentar una queja a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este folleto). También puede presentar una queja en Medicare llamando al **1-800-6334227** o directamente en la Oficina de Derechos Civiles. En esta Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage) o en esta carta se incluye la información de contacto, o bien puede comunicarse con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener información adicional.*

Debemos tratarlo siempre de forma justa y con respeto

Nuestro plan está sujeto a leyes que protegen a nuestros miembros contra la discriminación y el trato injusto. No discriminamos a ninguna persona a causa de su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ancestros, idioma, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia con reclamaciones, historial médico, información genética, prueba de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio.

Si desea obtener más información al respecto o tiene inquietudes relacionadas con la discriminación o el trato injusto, llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**) o a su Oficina de Derechos Civiles local.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para obtener acceso a la atención, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Si tiene una queja, tal como un problema con los accesos para sillas de ruedas, la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros puede ayudarle.

Debemos asegurarnos de que tenga acceso en tiempo y forma a los servicios y los medicamentos de la Parte D cubiertos

Como Miembro de nuestro plan, usted tiene derecho a elegir un proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red de nuestro plan para proporcionarle y coordinar sus servicios cubiertos (vea más detalles en la sección "Cómo obtener servicios"). Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para saber qué médicos están aceptando nuevos pacientes. También tiene derecho a ir a un especialista en la salud de la mujer (tal como un ginecólogo), un proveedor de servicios de salud mental y un optometrista sin una remisión, así como otros proveedores que se describen en la sección "Como obtener servicios".

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

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. (Si le negamos cobertura de atención médica o de medicamentos de la Parte D y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, la "Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones" 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 exige la ley.

- Su "información médica personal" incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en nuestro plan, su historia clínica y otra información médica y de la salud.
- Las leyes que protegen su privacidad también le otorgan derechos que le permiten tener acceso a la información y limitar el uso de su información médica. Le entregamos una notificación por escrito llamada "Aviso sobre prácticas de privacidad" donde se describen estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información médica?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización tenga acceso o modifique sus expedientes.
- En la mayoría de los casos, para compartir su información médica con un tercero que no le proporciona atención ni paga por ella, primero debemos pedirle permiso por escrito a usted. Usted o alguien que designe como su representante legal pueden dar este permiso por escrito.
- Además, la información médica protegida 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, en las que no es necesario que le solicitemos previamente un permiso por escrito.
 - Por ejemplo, tenemos la obligación de revelar información médica a las agencias del gobierno que supervisan la calidad de la atención.
 - Como usted es Miembro de nuestro plan por medio de Medicare, también debemos compartir su información médica con Medicare, incluida la información relacionada con sus medicamentos

de venta con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigaciones u otros usos, lo hará conforme a las normas y los estatutos federales.

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

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

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

Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si tiene preguntas o preocupaciones acerca de la privacidad de su información médica personal.

Debemos darle información sobre nuestro plan, nuestros Proveedores del Plan y sus servicios cubiertos

Como Miembro de nuestro plan, tiene derecho a que le demos diversos tipos de información. Usted tiene derecho a que le proporcionemos la información de manera que le resulte útil. Esto incluye obtener la información en español, braille, CD o letra grande.

Por favor llame a nuestra Central de Llamadas de 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. También incluye información sobre la cantidad de apelaciones que presentan los Miembros, y el nivel de rendimiento de nuestro plan, incluida la calificación asignada por los Miembros y cómo se compara con otros planes médicos de Medicare.
- **Información sobre los proveedores de nuestra red, incluidas nuestras farmacias de la red**
 - Por ejemplo, tiene derecho a que le proporcionemos información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red, y los métodos de pago que usamos con ellos.
 - Para ver una lista de los proveedores de nuestra red, consulte el *Directorio de proveedores (Provider Directory)*.
- Para ver una lista de las farmacias de nuestra red, consulte el *Directorio de farmacias (Pharmacy Directory)*.
- Si necesita más detalles sobre nuestros proveedores o farmacias, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o visite nuestro sitio web en kp.org/directory (en inglés).
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir para usarla**
 - En las secciones "Cómo obtener servicios" y "Beneficios y su Costo Compartido" se describen los servicios médicos que tienen cobertura para usted, todas las restricciones que se aplican a su cobertura y las reglas que debe cumplir para recibir servicios médicos cubiertos.
 - Para obtener información detallada sobre sus medicamentos recetados de la Parte D cubiertos, consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" de la sección "Beneficios y su Costo Compartido" y la *Lista de medicamentos* de nuestro plan. Esta sección, junto con la *Lista de medicamentos*, le indican qué medicamentos tienen cobertura y explican las reglas que debe seguir y las restricciones de su cobertura para ciertos medicamentos.
 - Si tiene preguntas sobre las reglas o las restricciones, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- **Información sobre por qué algo no tiene cobertura y qué puede hacer al respecto**
 - Si un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto para usted, o si se aplica algún tipo de restricción, tiene derecho a solicitarnos una explicación por escrito. Tiene derecho a recibir esta explicación incluso si obtiene el servicio médico o el medicamento de la Parte D de un proveedor o una farmacia fuera de la red.
 - Si no está conforme o de acuerdo con una decisión que tomamos sobre qué tipos de atención médica o medicamentos de la Parte D tienen cobertura para usted, tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esta decisión. Puede pedirnos que cambiemos de decisión mediante una apelación. Para obtener detalles sobre lo que debe hacer si un servicio o artículo no tiene la cobertura que usted piensa que debería tener, consulte la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas". Esta le proporciona detalles sobre cómo presentar una apelación si desea que cambiemos nuestra decisión (también

le informa cómo presentar una apelación relacionada con la calidad de la atención, los tiempos de espera y otras inquietudes).

- Si desea solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura que recibió por atención médica o un medicamento de la Parte D, consulte la sección "Solicitudes de pago".

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 de una manera que usted entienda en qué consiste la afección médica que tiene y las opciones de tratamiento disponibles.

También tiene derecho a participar en todas las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarle a tomar decisiones con sus médicos sobre el tratamiento más adecuado para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Recibir información sobre todas las opciones disponibles.** Esto significa que tiene derecho a que le informen sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección médica, independientemente de cuánto cuesten o de si tienen cobertura del 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 sobre todos los riesgos asociados a su atención. Deben notificarle por adelantado si algún tipo de atención médica o tratamiento propuestos forman parte de un experimento de investigación. Siempre tiene derecho a negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir "no".** Tiene el derecho a rechazar cualquier tratamiento que se le recomiende. Esto incluye la opción de abandonar un hospital u otro centro médico, aun si los médicos le recomiendan que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega a recibir tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted es enteramente responsable de lo que ocurra con su cuerpo como consecuencia de esto.
- **Recibir una explicación si se le niega la cobertura para la atención médica.** Si un proveedor se niega a proporcionarle la atención que usted considera que debe recibir, tiene derecho a recibir una explicación

al respecto de nuestra parte. Si desea una explicación, debe solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. La sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" de este folleto le indica cómo solicitarnos una decisión de cobertura.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre qué desea que se haga si no puede tomar decisiones por sí mismo sobre su atención médica

A veces, como consecuencia de un accidente o una enfermedad grave, una persona queda imposibilitada para tomar decisiones sobre su atención médica. Tiene derecho a indicarnos qué desea que se haga si en algún momento le sucede algo como esto. Esto significa que, si lo desea, puede:

- llenar un formulario por escrito para otorgar a una persona la autorización legal para tomar decisiones médicas en su nombre si usted no puede tomarlas
- dar a sus médicos instrucciones escritas sobre qué tipo de atención médica desea que le proporcionen si no puede tomar decisiones por usted mismo

El documento legal que puede usar en estas situaciones para transmitir sus indicaciones por adelantado se llama "**instrucciones por anticipado**". Hay diferentes tipos de instrucciones por anticipado y diferentes maneras de llamarlas. Dos ejemplos son los documentos llamados "**testamento vital**" y "**poder legal para la atención médica**".

Si desea usar "instrucciones por anticipado" para proporcionar sus indicaciones, debe hacer lo siguiente:

- **Obtenga el formulario.** Si desea usar instrucciones por anticipado, puede solicitar un formulario a su abogado o a un trabajador social, o conseguirlo en algunas tiendas de materiales para oficina. A veces, puede conseguir este formulario a través de organizaciones que proporcionan información sobre Medicare. 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 que corresponda.** Debe dar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted indique en el formulario que tomará las decisiones si usted no puede hacerlo. Es posible que también quiera entregar copias a sus amigos cercanos o familiares. Asegúrese de guardar una copia en su hogar.

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

- Si ingresa en el hospital, le preguntarán si ya firmó un formulario de instrucciones por anticipado y si lo tiene a la mano.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones por anticipado, en el hospital habrá formularios disponibles y, cuando llegue, le preguntarán si desea firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere o no llenar un formulario de instrucciones por anticipado (incluida la decisión de firmar uno si está en el hospital). La ley indica que nadie puede negarle atención ni discriminarlo porque usted haya firmado o no haya firmado un formulario de instrucciones por anticipado.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si usted 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 o preocupaciones sobre sus servicios o atención cubiertos, la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" de este folleto le indica qué puede hacer. Allí se incluye información sobre qué hacer ante cualquier tipo de problema o queja.

Las medidas que debe tomar para dar seguimiento a un problema o una inquietud dependen de la situación. Es posible que tenga que solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura, presentar una apelación para cambiar una decisión de cobertura tomada o presentar una queja. Independientemente de que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación o queja, tenemos la obligación de darle un trato justo.

Tiene derecho a recibir un resumen de la información sobre las apelaciones y las quejas que anteriormente han presentado otros miembros ante nuestro plan. Para obtener esta información, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.

¿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 o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, estado de salud, origen étnico, credo (creencias), edad o país de origen, debe llamar a la

Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos, al **1-800-368-1019** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-537-7697**), o a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otro motivo?

Si cree que no recibe un trato justo o que no se han respetado sus derechos, y no se trata de un caso de discriminación, puede obtener ayuda para solucionar su problema:

- Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
- Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud. Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- También puede llamar a Medicare al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varias formas de obtener más información sobre sus derechos:

- **Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.**
- **Puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud.** Para obtener más detalles sobre esta organización y cómo comunicarse, consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- **Puede comunicarse con Medicare:**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación "Your Medicare Rights & Protections" (Sus derechos y protecciones con Medicare). (La publicación está disponible en <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf> [en inglés]).
 - También puede llamar al **1-800-6334227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

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. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para hacernos sugerencias.

Usted tiene algunas responsabilidades como miembro de nuestro plan

¿Cuáles son sus responsabilidades?

Vea a continuación las cosas que debe hacer al ser Miembro de nuestro plan. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si tiene más preguntas. Estamos aquí para ayudarle.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las reglas que debe cumplir para obtenerlos.** Vea en este folleto de *EOC* qué servicios están cubiertos para usted y qué reglas debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.
 - En las secciones "Cómo obtener servicios" y "Beneficios y su Costo Compartido" se incluyen detalles sobre los servicios médicos, entre otros, qué tiene y qué no tiene cobertura, las reglas que debe seguir y cuánto debe pagar.
 - En "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 médico o para medicamentos recetados además de la de nuestro plan, tiene la obligación de informarnos al respecto.** Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para proporcionarnos esa información.
 - Tenemos la obligación de cumplir las reglas que establece Medicare para asegurarnos de que, cuando reciba servicios cubiertos de nuestro plan, combine correctamente toda la cobertura que tiene disponible. Esto se denomina "coordinación de beneficios" porque se deben coordinar los beneficios médicos y para medicamentos que le ofrecemos con los que recibe por medio de otros planes. Le ayudaremos a coordinar sus beneficios. (Para obtener más información sobre la coordinación de beneficios, consulte la sección "Exclusiones, limitaciones, coordinación de beneficios y reducciones").

- **Dígale 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; deles toda la información que necesitan, hágales preguntas y siga sus instrucciones de tratamiento.**
 - Para ayudar a sus médicos y otros proveedores de atención médica a brindar la mejor atención posible, aprenda todo lo que pueda sobre sus problemas de salud y deles toda la información que necesiten sobre usted y su salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que acuerde con sus médicos.
 - Asegúrese de entender sus problemas de salud y de participar en el desarrollo de objetivos de tratamiento de común acuerdo con sus proveedores, siempre que sea posible.
 - Asegúrese de que sus médicos estén informados de todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta sin receta, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna duda, pregunte. Sus médicos y otros proveedores de atención médica deben explicarle las cosas de una forma que usted entienda. Si hace una pregunta y no entiende la respuesta que recibe, vuelva a preguntar.
- **Sea considerado.** Se espera que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También se espera que se comporte de forma que no perturbe el funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de hacer los siguientes pagos:
 - Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Medicare Parte B. La mayoría de los Miembros deben pagar una prima de Medicare Parte B para seguir siendo Miembros de nuestro 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; es decir, un Copago (cantidad fija) o un Coseguro (un porcentaje del costo total). La sección "Beneficios y su Costo Compartido" le indica lo que debe pagar por sus Servicios y medicamentos de la Parte D.
 - Si recibe servicios médicos o compra medicamentos de la Parte D que no cubre nuestro plan u otro seguro que pueda tener, deberá pagar el costo total.

- Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la cobertura de un servicio o un medicamento de la Parte D, puede presentar una apelación. La sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" contiene información sobre cómo presentar una apelación.
- Si se le solicita que pague una penalización por inscripción tardía, debe pagarla para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
- Si se le solicita que pague una cantidad adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe pagar la cantidad adicional directamente al gobierno para seguir siendo Miembro de nuestro plan.
- **Infórmenos si se cambia de domicilio.** Es importante que nos avise de inmediato si va a cambiarse de domicilio. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
 - Si cambia de domicilio fuera de nuestra Área de servicio, no podrá seguir siendo Miembro de nuestro plan. (La sección "Definiciones" le informa sobre nuestra Área de Servicio). Podemos ayudarle a investigar si su nuevo domicilio se encuentra fuera de nuestra Área de Servicio.
 - Si cambia de domicilio sin salir de nuestra Área de servicio, igualmente debe avisarnos para que podamos actualizar su información de membresía y sepamos cómo comunicarnos con usted.
 - Si cambia de domicilio, también es importante comunicarle al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación para Ferroviarios). Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de estas organizaciones en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- **Si tiene alguna pregunta o inquietud, llame a la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para obtener ayuda.** También lo invitamos a compartir con nosotros cualquier sugerencia que pudiera tener sobre cómo mejorar nuestro plan.
 - Números de teléfono y horario de llamadas de nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros.
 - Para obtener más información sobre cómo comunicarse con nosotros, nuestra dirección de correo postal, consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes".

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 ciertos problemas, debe usar el proceso de toma de decisiones de cobertura y apelaciones.
- Para otros tipos de problemas, debe usar el proceso de presentación de quejas.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Para garantizar el manejo justo y oportuno de su problema, cada proceso tiene reglas, procedimientos y plazos que se aplican tanto a usted como a nosotros.

¿Cuál debe usar? Eso depende del tipo de problema que tenga. 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" le ayudará a identificar el proceso correcto que debe usar.

Cuidados paliativos

Si tiene Medicare Parte A, los cuidados paliativos tienen cobertura de Original Medicare y no están cubiertos en esta EOC. 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 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> (en inglés) o llamando a la línea telefónica gratuita **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**) las 24 horas al día, los siete días de la semana. Si no tiene Medicare Parte A, Original Medicare no ofrece cobertura de cuidados paliativos. En su lugar, nosotros proporcionaremos cuidados paliativos y toda queja relacionada con este servicio está sujeta a la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

¿Qué pasa con los términos legales?

Los términos técnicos 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 las personas no está familiarizada con muchos de estos términos y pueden ser difíciles de entender.

Para evitar confusiones, en esta sección hemos decidido omitir ciertos términos legales y usar palabras simples para

explicar las reglas y los procedimientos legales. Por ejemplo, decimos "presentar una queja" en lugar de "interponer una queja formal", "decisión de cobertura" en lugar de "determinación de la organización", o "determinación de cobertura" o "determinación de riesgo", y "organización de revisión independiente" en lugar de "entidad de revisión independiente". También tratamos en lo posible de evitar el uso de abreviaturas.

No obstante, a veces puede ser útil (e importante) conocer el término legal correcto aplicable a su situación. Saber qué términos usar puede ayudarle a comunicar su problema de forma más clara y precisa, y a obtener la ayuda y la información adecuadas que necesita para su caso en particular.

Puede recibir ayuda de organizaciones gubernamentales que no estén relacionadas con nosotros

Dónde obtener más información y asistencia personalizada

A veces, puede resultar difícil iniciar y llevar adelante un proceso para solucionar un problema, en especial si no se siente bien o tiene un nivel limitado de energía. En otras ocasiones, es posible que simplemente no tenga el conocimiento necesario para seguir adelante.

Solicite ayuda a una organización independiente del gobierno

Si bien estamos siempre disponibles para ofrecerle ayuda, en ciertas situaciones tal vez le convenga recibir ayuda u orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Para esto siempre puede llamar al Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud. Este programa del gobierno cuenta con asesores capacitados en todos los estados y no tiene relación con nosotros ni con ninguna compañía de seguro o plan de salud. Estos asesores pueden ayudarle a entender qué proceso usar para solucionar su problema. También pueden responder sus preguntas, proporcionarle más información y darle indicaciones sobre qué debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud son gratuitos. Encontrará números de teléfono en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".

También puede solicitar ayuda e información a Medicare

Si necesita información y ayuda para solucionar un problema, puede comunicarse con Medicare. Hay dos formas para obtener información directamente de Medicare:

) Puede llamar al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

) También puede visitar el sitio web de Medicare (<https://www.medicare.gov> [en inglés]).

¿Qué proceso debe usar para solucionar su problema?

¿Debe usar el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones? ¿O debe usar el proceso para presentar quejas?

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.

Para saber en qué parte de esta sección se explica qué hacer con su problema o inquietud, **COMIENCE AQUÍ:**

) **¿Su problema o inquietud está relacionado con los beneficios o la cobertura?** (Aquí se incluyen problemas como, por ejemplo, si la atención médica o un medicamento de la Parte D en particular tiene cobertura o no, el tipo de cobertura que tiene y los problemas relacionados con el pago de atención médica y medicamentos de la Parte D).

(**Sí, mi problema está relacionado con los beneficios o la cobertura:** Consulte la "Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones".

(**No, mi problema no está relacionado con los beneficios o la cobertura:** Pase a "Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otras inquietudes".

Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones

Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones **Panorama general**

El proceso de decisiones de cobertura y apelaciones se usa para problemas relacionados con los beneficios y la cobertura de atención médica y medicamentos de la Parte D, incluidos los problemas relacionados con los pagos. Este proceso se aplica cuando se intenta determinar si algo tiene o no cobertura y qué tipo de cobertura es.

Cómo solicitar decisiones de cobertura

Una decisión de cobertura es una determinación que hacemos sobre sus beneficios y cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por los servicios médicos o por los medicamentos de la Parte D. Por ejemplo, su Médico del Plan toma una decisión de cobertura (favorable) para usted

siempre que le proporciona atención médica o si lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura, en caso de que su médico no esté seguro si un servicio médico específico está cubierto o se niegue a proporcionar la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura.

También tomamos una decisión de cobertura cuando determinamos qué tiene cobertura para usted y cuánto pagamos nosotros. En algunos casos, podríamos decidir que un servicio o medicamento de la Parte D no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre para usted. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura y usted no está de acuerdo, puede "apelar" la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Cuando presenta una apelación por primera vez, esto se llama Apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisaremos la decisión tomada sobre la cobertura para analizar si se siguieron todas las reglas correctamente. Evaluarán su apelación revisores distintos a los que tomaron la decisión original desfavorable. Cuando hayamos completado la revisión, le daremos a conocer nuestra decisión. En ciertas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una "decisión acelerada o rápida de cobertura" o una apelación acelerada de una decisión de cobertura.

Si respondemos que **no** a toda o parte a su Apelación de Nivel 1, puede presentar una Apelación de Nivel 2. La Apelación de Nivel 2 estará a cargo de una organización independiente sin relación con nosotros. (En algunas situaciones, su caso se enviará automáticamente a la organización independiente para una Apelación de Nivel 2. Le informaremos si esto sucede. En otras situaciones, usted tendrá que solicitar la Apelación de Nivel 2). Si no está satisfecho con la decisión de la Apelación de Nivel 2, puede pasar a varios niveles más de apelación.

Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación

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

- Puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (encontrará los números de teléfono en la portada de esta *EOC*).
- Para obtener ayuda gratuita de una organización independiente que no tenga relación con nuestro plan, comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes").
- Su médico puede presentar una solicitud de atención médica
 - para usted o puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 por usted. Si su Apelación de Nivel 1 es denegada, será enviada al Nivel 2 automáticamente. Debe designar a su médico como su representante para solicitar una apelación que vaya más allá del Nivel 2.
 - Para los medicamentos de venta con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que expida recetas puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una Apelación de Nivel 1 o 2 por usted. Para presentar una apelación de Nivel 2 en adelante, su médico u otro profesional que recete debe ser designado como su representante.
- Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre. Si lo desea, puede nombrar a otra persona como su "representante" para que solicite una decisión de cobertura o presente una apelación.
 - Es posible que, de acuerdo con las leyes estatales, ya haya una persona con la autoridad legal para actuar como su representante.
 - Si desea que un amigo, familiar, su médico u otro proveedor, o bien otra persona sea su representante, llame a nuestra Central de Llamadas de 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/espanol). El formulario da a esa persona permiso para representarlo a usted. Debe incluir su firma y la de la persona que le gustaría que fuera su representante. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
- También tiene derecho a contratar a un abogado para que lo represente. Puede contactar a su abogado u obtener la información de contacto de un abogado del colegio local de abogados u 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 de cobertura ni para apelar una decisión.

¿En qué sección se incluyen los detalles sobre su situación?

Hay cuatro tipos diferentes de situaciones que se relacionan con decisiones de cobertura y apelaciones. Como las reglas y los plazos 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"
- "Sus medicamentos de venta con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación"
- "Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo"
- "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo" (se aplica solo a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en una Instalación de Enfermería Especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios [CORF]).

Si aún no está seguro de qué sección debe consultar, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (consulte los números de teléfono en la portada de esta EOC). También puede obtener ayuda o información a través de organizaciones del gobierno, tal como el Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud (consulte los números de teléfono de este programa en la sección "Recursos y números de teléfono importantes").

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

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

En esta sección se describen sus beneficios de servicios y atención médica. Estos beneficios se describen en la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

Esta sección le dice qué puede hacer si se encuentra en una de las siguientes situaciones:

- No recibe un tipo en particular de atención médica que desea y cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.
- No queremos aprobar la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea

proporcionarle y usted cree que esta atención tiene cobertura de nuestro plan.

- Ha recibido servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura de nuestro plan, pero nos hemos negado a pagar por ellos.
- Ha recibido y pagado servicios o atención médica que cree que deben tener cobertura de nuestro plan y desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de esta atención.
- Se le informó que se reducirá o se cancelará la cobertura de determinada atención médica que ha estado recibiendo y que habíamos aprobado antes, y usted considera que esta reducción o cancelación puede afectar su salud.
- Nota: Si la cobertura que se cancelará es para atención hospitalaria, atención médica a domicilio, atención en una Instalación de Enfermería Especializada o para los servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF), debe consultar otra sección ya que estos tipos de atención están sujetos a reglas especiales. En esas situaciones debe consultar:
 - Vaya a "Cómo pedirnos cobertura para una extensión de la hospitalización si cree que el médico le da el alta antes de tiempo".
 - Vaya a "Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo". Esta sección es sobre tres servicios únicamente: atención médica a domicilio, atención en una Instalación de Enfermería Especializada y servicios de un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).

En todas las demás situaciones en que se le informe que dejará de recibir la atención médica que recibía, consulte esta sección "Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación" para saber qué debe hacer.

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

- ¿Desea saber si cubriremos los servicios o la atención médica que necesita?
 - Puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. **Vaya a "Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura".**
- ¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un servicio médico de la forma que desea que se cubra o pague?
 - Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). **Consulte "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1".**

- ¿Desea solicitarnos un reembolso por servicios o atención médica que ya recibió y pagó?
 - Puede enviarnos la factura. **Continúe con "¿Qué sucede si recibe una factura por atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde?"**

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura (cómo solicitarnos que autoricemos o proporcionemos los servicios que desea)

Paso 1: Usted nos pide que tomemos una decisión de cobertura de la atención médica que solicita. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos que tomemos una "decisión rápida de cobertura". Una "decisión rápida de cobertura" se llama "determinación acelerada".

Cómo solicitar cobertura para la atención médica que desea

- El primer paso es llamarnos, escribirnos o enviarnos un fax para solicitarnos que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Pueden hacerlo usted, su médico o su representante.
- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja sobre su atención médica" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".

Por lo general, usamos un plazo normal para tomar la decisión.

Usaremos un plazo "normal" para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo "acelerado". Una decisión de cobertura normal significa que le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos su solicitud.

- No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si solicita más tiempo o si necesitamos obtener información (tales como los expedientes médicos de Proveedores Fuera del Plan) que podría beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (El proceso

para presentar una queja es distinto al que se usa para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas aceleradas, consulte "Cómo presentar quejas 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").

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "decisión acelerada de cobertura".

- Una decisión acelerada de cobertura significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.
 - No obstante, podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales si notamos que falta información que podría beneficiarlo (tales como expedientes médicos de Proveedores Fuera del Plan) o si necesita tiempo para enviarnos información para la revisión. Si decidimos usar más días, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. (Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas aceleradas, consulte "Cómo presentar quejas 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"). Nos comunicaremos con usted en cuanto tomemos la decisión.
- Para obtener una decisión acelerada sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:
 - Solo puede obtener una decisión acelerada de cobertura si solicita cobertura de atención médica que aún no ha recibido. (No puede obtener una decisión acelerada de cobertura si la solicitud es para el pago de atención médica que ya recibió).
 - Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
 - Si su médico nos informa que su salud requiere una "decisión acelerada de cobertura", aceptaremos automáticamente proporcionársela.
 - Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta, sin el respaldo de su médico, nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión rápida sobre la cobertura.
 - Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada de

cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos el plazo normal).

- En la carta también le indicaremos que aceptaremos automáticamente tomar una decisión acelerada de cobertura si su médico la solicita.
- Además, le explicaremos cómo presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de usar una decisión normal de cobertura en lugar de la acelerada que usted solicita. (Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas aceleradas, consulte "Cómo presentar quejas 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").

Paso 2: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos una respuesta.

Plazos para una "decisión acelerada de cobertura"

- Por lo general, una decisión acelerada de cobertura significa que le responderemos en un plazo de 72 horas.
 - Como se explicó antes, en ciertas circunstancias podemos tomarnos hasta 14 días calendario más. Si determinamos que se necesitan más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas aceleradas, consulte "Cómo presentar quejas 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").
 - Si no le respondemos en un plazo de 72 horas (o si se prolonga ese periodo, al finalizar ese plazo), 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 **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura para la atención médica aprobada en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibimos la solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión sobre la cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de tal periodo extendido.

- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una explicación detallada por escrito de las razones de nuestra decisión.

Plazos para una "decisión normal de cobertura"

- Por lo general, una decisión normal de cobertura implica que le responderemos en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibamos la solicitud.
 - En ciertas circunstancias, podremos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales ("un periodo extendido"). Si determinamos que se necesitan más días para tomar la decisión de cobertura, se lo informaremos por escrito.
 - Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24 horas. (Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas aceleradas, consulte "Cómo presentar quejas 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").
 - Si no le respondemos en un plazo de 14 días calendario (o si se prolonga ese periodo, al finalizar ese plazo), 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 **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura para la atención médica aprobada en un plazo de 14 días calendario desde el momento en que recibimos la solicitud. Si usamos un periodo extendido para tomar la decisión sobre la cobertura, autorizaremos o proporcionaremos la cobertura al final de tal periodo extendido.
 - Si respondemos **no** a toda o a parte a su solicitud, le enviaremos una declaración por escrito para explicarle las razones de nuestra **negativa**.
- ## **Paso 3: Si respondemos que no a su solicitud de cobertura de atención médica, usted decide si desea presentar una apelación.**
- Si respondemos que **no**, tiene derecho a presentar una apelación para pedirnos que reconsideremos y tal vez cambiemos nuestra decisión. Una apelación es otro intento de obtener la cobertura que desea para la atención médica.

- Si decide presentar una apelación, significa que usará el Nivel 1 del proceso de apelación (consulte "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1" a continuación).

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar una revisión para una decisión de cobertura de atención médica tomada por nuestro plan)

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su apelación. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación acelerada".

Una apelación presentada a nuestro Plan en relación con una decisión de cobertura de atención médica se llama "reconsideración" del plan.

Qué debe hacer:

- Para comenzar una apelación, usted, su médico o su representante debe comunicarse con nosotros. Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros para cualquier propósito relacionado con su apelación, consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja sobre su atención médica" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- Para solicitar una apelación normal, hágalo por escrito.
 - Si otra persona que no sea su médico apela nuestra decisión en su nombre, su apelación debe incluir un formulario de "Designación de un representante" que autorice a esta persona a representarle. Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para solicitar el formulario de "Designación de un representante". 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/espanol. Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar o completar nuestra revisión hasta que lo hayamos recibido. Si no recibimos el formulario a más tardar en 44 días calendario después de haber recibido su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos una notificación por escrito en la que le explicaremos su derecho a solicitarle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de denegar su solicitud.
- Si está solicitando una apelación acelerada, hágalo por escrito o llámenos (consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación o una queja sobre su atención médica" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes").
- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la notificación por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica y agregar más información para respaldar su apelación.
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
 - Si lo desea, usted y su médico pueden proporcionarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "apelación acelerada" (puede hacerlo por teléfono).

Una "apelación acelerada" también se llama "reconsideración acelerada".

- Si apela una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deben determinar si se necesita una "apelación acelerada".
- Los requisitos y los procedimientos para presentar una "apelación acelerada" son los mismos que para una "decisión acelerada de cobertura". Para solicitar una apelación acelerada, siga las mismas instrucciones que usa para pedir una decisión acelerada de cobertura (las instrucciones se proporcionan arriba en esta sección).
- Le proporcionaremos una "apelación acelerada" si su médico nos informa que la necesita debido a su estado de salud.

Paso 2: Analizamos su apelación y le damos una respuesta

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura de atención médica.

Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **no** a su solicitud.

- Reuniremos más información si la requerimos. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico para obtener más información.

Plazos para una "apelación acelerada"

- Si presenta una apelación acelerada, debemos responderle a más tardar 72 horas después de haber recibido su apelación. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su estado de salud.
 - Sin embargo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al finalizar el periodo extendido, si nos tomamos más días), automáticamente debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización y se explica qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Plazos para una "apelación normal"

- Si presenta una apelación normal, debemos responderle en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que la recibimos, si la apelación es para la cobertura de un servicio que aún no ha recibido. Le daremos una respuesta antes si es necesario debido a su condición de salud.
 - Sin embargo, podemos tardar hasta otros 14 días calendario si nos solicita más tiempo o si necesitamos obtener más información que pudiese beneficiarlo. Si decidimos utilizar más días para tomar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
 - Si considera que no debemos tomarnos días adicionales, puede presentar una "queja acelerada" sobre nuestra decisión de tomarnos días adicionales. Cuando presenta una queja acelerada, le respondemos en un plazo de 24

horas. (Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, incluidas las quejas aceleradas, consulte "Cómo presentar quejas 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").

- Si no le damos una respuesta en el plazo indicado anteriormente (o al final del periodo extendido si necesitamos más días), debemos derivar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización externa independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hayamos acordado brindar en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una Apelación de Nivel 2.

Paso 3: Si nuestro plan responde que **no** a parte o a la totalidad de su apelación, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las reglas al responder que **no** a su apelación, debemos enviar su apelación a la Organización de Revisión Independiente. Esto significa que su apelación pasa al siguiente nivel del proceso, es decir al Nivel 2.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente revisa la decisión que tomamos de rechazar la primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión. El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "entidad de revisión independiente". A veces se la llama "IRE".

Paso 1: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

- La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una

compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

- Enviaremos a esta organización toda la información disponible sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso". Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó una "apelación acelerada" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación acelerada" en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación acelerada de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación acelerada de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas a partir del momento en que reciba su apelación.
- Sin embargo, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

Si presentó una "apelación normal" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación normal" en el Nivel 2.

- Si presentó una apelación normal de Nivel 1 ante nuestro plan, automáticamente recibirá una apelación normal de Nivel 2. La organización de revisión debe darle una respuesta sobre su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que reciba su apelación.
- Sin embargo, la organización de revisión independiente puede tardar hasta otros 14 días calendario si necesita obtener más información que pudiese ser beneficiosa para usted.

Paso 2: La organización de revisión independiente le da una respuesta.

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y le explicará los motivos de esta.

- Si la organización de revisión responde *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las

solicitudes estándares, o en un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibamos la decisión de la organización de revisión, para las solicitudes aceleradas.

- Si 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 atención médica. (Esto se llama "respaldar la decisión". o "denegar la apelación").
- Si la organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para presentar otra apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura de atención médica solicitada debe ser equivalente a cierta cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación, lo que significa que la decisión de Nivel 2 será definitiva. La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le informará cómo calcular el valor en dólares necesario para continuar el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si desea pasar al siguiente nivel del proceso de apelación.

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Las instrucciones sobre cómo hacerlo se incluyen en la notificación por escrito que recibe después de la Apelación de Nivel 2.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. 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.

¿Qué sucede si recibe una factura por atención médica y nos solicita que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde?

Si desea pedirnos que pagemos la atención médica, primero consulte la sección "Solicitudes de pago", que describe las situaciones en las que quizás necesite pedir un reembolso o pagar una factura que haya recibido de un

proveedor. También se explica cómo debe enviarnos los documentos necesarios para solicitarnos el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía los documentos que solicitan el reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura (para obtener más información acerca de las decisiones de cobertura, consulte "Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones *Panorama general*" de la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas"). Para tomar esta decisión de cobertura, revisaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto (consulte la sección "Beneficios y su Costo Compartido"). También nos aseguraremos de que haya cumplido con todas las reglas sobre el uso de la cobertura para la atención médica (estas reglas se explican en la sección "Cómo obtener servicios").

Responderemos *sí* o *no* a su solicitud.

- Si la atención médica que pagó tiene cobertura y usted siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud. Por otro lado, si aún no ha pagado los servicios, le enviaremos el pago directamente al proveedor. (Enviar el pago equivale a responder *sí* a su solicitud de decisión de cobertura).
- Si la atención médica no tiene cobertura o usted no cumplió todas las reglas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta para explicarle que no pagaremos la atención médica e informarle en detalle por qué. (Cuando rechazamos su solicitud de pago es lo mismo que responder *no* a su solicitud de decisión de cobertura).

¿Qué sucede si nos solicita un pago y decimos que no?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Esto significa que nos estará pidiendo que cambiemos la decisión de 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". Consulte esta sección para obtener instrucciones paso a paso. Al seguir estas instrucciones, tenga en cuenta que:

- Si presenta una apelación para un reembolso, debemos responderle en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación. (Si nos solicita que le reembolsemos el costo de un servicio de atención médica que ya

recibió y que ya pagó, no puede pedir una apelación acelerada).

- Si la organización de revisión independiente revierte nuestra decisión de rechazar el pago, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es *sí* en cualquiera de los niveles posteriores al Nivel 2 del proceso de apelaciones, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago solicitado en un plazo de 60 días calendario.

Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Qué debe hacer si tiene problemas para obtener los medicamentos de la Parte D o si desea que le enviemos un reembolso por un medicamento de la Parte D

Entre sus beneficios como Miembro de nuestro plan, se incluye la cobertura de muchos medicamentos recetados. Consulte nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2019*. Para tener cobertura, un medicamento de la Parte D debe contar con una indicación aceptada desde el punto de vista médico. (Una "indicación aceptada desde el punto de vista médico" es un uso del medicamento que cuenta con la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos federal o bien está respaldado por ciertos libros de referencia.)

- **En esta sección se explican solo los medicamentos de la Parte D.** Para evitar confusiones, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en vez de repetir cada vez "medicamento de venta con receta cubierto para pacientes ambulatorios" o "medicamento de la Parte D".
- Consulte el título "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido" para obtener información más detallada sobre qué se entiende por medicamentos de la Parte D, la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de 2019 de Kaiser Permanente*, las reglas y las restricciones de la cobertura e información sobre los costos.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Como se describió en la "Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones" de esta sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas", una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre los beneficios y la cobertura, o sobre la cantidad que

pagaremos por sus medicamentos. Una decisión inicial sobre la cobertura respecto a medicamentos de la Parte D se llama "determinación de cobertura".

A continuación, se incluyen algunos ejemplos de decisiones de cobertura que usted puede solicitar para los medicamentos de la Parte D:

- Nos solicita que hagamos una excepción, lo que incluye:
 - pedirnos cobertura para un medicamento de la Parte D que no está incluido en la *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2019*
 - pedirnos que eliminemos una restricción de cobertura del plan para un medicamento (como un límite para la cantidad que puede recibir de un medicamento)
 - solicitarnos pagar un monto menor del costo compartido de un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor
- Nos pregunta si su cobertura incluye un determinado medicamento y si usted cumple con las reglas de cobertura aplicables. Por ejemplo, cuando el medicamento está incluido en la *Lista completa de medicamentos recetados de Kaiser Permanente de 2019*, pero requerimos que primero obtenga nuestra aprobación antes de cubrirlo.
 - Nota: Si su farmacia le informa que sus recetas no pueden surtirse como están escritas, recibirá una notificación por escrito que le explique cómo comunicarse con nosotros para pedirnos una decisión de cobertura.
- Nos solicita que paguemos un medicamento de venta con receta que ya compró. Esto es una decisión de cobertura de un pago.

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede presentar una apelación.

¿Cuál de estas situaciones se aplica a su caso?

En esta sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación. Use esta guía como ayuda para determinar en qué parte se incluye la información que necesita:

- ¿Necesita un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos* o que hagamos una excepción a una regla o restricción sobre un medicamento que cubrimos? Puede solicitarnos que hagamos una excepción. (Este es un tipo de decisión de cobertura). **Comience con "¿Qué es una excepción de la Parte D?"**
 - ¿Desea que cubramos un medicamento de nuestra *Lista de medicamentos* y considera que cumple

alguna regla o restricción del plan (como obtener aprobación previa) para el medicamento que necesita? Puede solicitarnos que tomemos una decisión de cobertura. **Consulte "Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción de la Parte D".**

- ¿Desea solicitarnos que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya recibió y por el que ya pagó? Puede solicitarnos un reembolso. (Este es un tipo de decisión de cobertura). **Consulte "Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción de la Parte D".**
- ¿Ya le informamos que no cubriremos o pagaremos un medicamento de la forma que desea que se cubra o pague? Puede presentar una apelación. (Esto significa que nos pide que reconsideremos nuestra decisión). **Consulte "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1".**

¿Qué es una excepción de la Parte D?

Si un medicamento de la Parte D no tiene la cobertura que usted desearía, puede solicitarnos que hagamos una "excepción". Una excepción es un tipo de decisión de cobertura y, como sucede con otros tipos de decisiones de cobertura, si rechazamos su solicitud, usted puede presentar una apelación.

Si usted solicita que se haga una excepción, su médico u otro profesional que expida recetas deben explicar los motivos médicos. Evaluaremos su solicitud. Vea a continuación dos ejemplos de excepciones que pueden solicitar usted, su médico u otro profesional que receta medicamentos:

- **Cobertura de un medicamento de la Parte D que no está incluido en nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2019*.** (La llamamos "*Lista de medicamentos*" para abreviar). Solicitar cobertura de un medicamento que no se incluye en la *Lista de medicamentos* a veces se llama pedir una "excepción a la lista de medicamentos recetados disponibles".
 - Si aceptamos hacer una excepción y cubrir un medicamento que no se incluye en la *Lista de medicamentos*, usted deberá pagar el Costo Compartido que se aplica para el nivel de medicamentos de marca. No puede solicitar una excepción para no pagar el Copago o el Coseguro que le corresponda para recibir el medicamento.
 - No puede solicitarnos que cubramos "medicamentos excluidos" o medicamentos que no pertenecen a la Parte D que no tienen cobertura de Medicare. (Para obtener más información sobre los medicamentos excluidos,

consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido".)

- **Eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento de la Parte D con cobertura.** Existen reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra *Lista completa de medicamentos recetados disponibles de Kaiser Permanente de 2019* (para obtener más información consulte "Medicamentos recetados, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios" en la sección "Beneficios y su Costo Compartido"). Solicitar la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento a veces se llama pedir una "excepción a la lista".
 - Las restricciones y las reglas adicionales sobre la cobertura de determinados medicamentos incluyen 1) el uso de la versión genérica de un medicamento de marca y 2) la obtención de la **aprobación del plan por adelantado** antes de que aceptemos otorgarle la cobertura para el medicamento. (Esto a veces se llama "autorización previa").
 - Si aceptamos hacer una excepción y eliminar una restricción, puede solicitar una excepción para el monto del Copago o Coseguro que deba pagar por el medicamento de la Parte D.

Cosas importantes 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 expida recetas debe enviarnos una declaración donde se expliquen las razones médicas para solicitar 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 determinada afección. Estas diferentes 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.

Podemos responder *sí* o *no* a su solicitud.

- Si aceptamos su solicitud de una excepción de la Parte D, por lo general 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 afección.

- Si el plan **rechaza** su solicitud de una excepción de la Parte D, usted puede presentar una apelación para pedimos que reconsideremos nuestra decisión. La sección "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1" le indica cómo presentar una apelación si rechazamos su solicitud.

En la siguiente sección se explica cómo solicitar decisiones de cobertura, incluida una excepción de la Parte D.

Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción de la Parte D

Paso 1: Usted nos solicita tomar una decisión de cobertura sobre los medicamentos o el pago que usted necesita.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitarnos una "decisión acelerada de cobertura". **No** puede pedir una decisión acelerada de cobertura si solicita un reembolso de un medicamento que ya compró.

Qué debe hacer:

- Solicite el tipo de decisión de cobertura que desea. El primer paso es llamar, escribir o enviar un fax al plan para hacer su solicitud. Tanto usted como su representante o su médico (u otro profesional que expida recetas) pueden hacer esto. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura por medio de nuestro sitio web. Para obtener detalles, consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes". O bien, si solicita un reembolso por un medicamento, consulte "A dónde enviar una solicitud para que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o de un medicamento de la Parte D que ya recibí" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- Usted, su médico o su representante pueden solicitar una decisión de cobertura. La sección "Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones" le explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante. También puede designar a un abogado para que actúe en su nombre.
- Si desea que le reembolsemos por un medicamento, en primer lugar lea la sección "Solicitudes de pago" en la que se describen las situaciones en las que es

posible que necesite solicitar un reembolso. En ella también se explica cómo debe enviarnos la documentación para solicitar que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de un medicamento que ya pagó.

- Si solicita una excepción de la Parte D, recuerde incluir la "declaración de respaldo". Su médico u otro profesional que receta deben indicarnos las razones médicas para solicitar la excepción. (A esto lo llamamos la "declaración de respaldo"). Su médico u otro profesional que expida recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O el médico u otro profesional que expida recetas también pueden explicarnos los motivos por teléfono y, si es necesario, enviarnos después la declaración escrita por fax o correo. Consulte "¿Qué es una excepción de la Parte D?" y "Datos importantes sobre cómo solicitar una excepción de la Parte D" para obtener más información sobre las solicitudes de excepciones.
- Debemos aceptar cualquier pedido por escrito, incluida la solicitud entregada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura del Modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.

Si su estado de salud lo requiere, solicite una "decisión acelerada de cobertura".

Una "decisión acelerada de cobertura" se llama "determinación acelerada de cobertura".

- Usaremos un plazo "normal" para tomar nuestra decisión, a menos que hayamos acordado responderle en un plazo "acelerado". Una decisión normal sobre la cobertura significa que le responderemos en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico. Una decisión acelerada de cobertura significa que le responderemos en un plazo de 24 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico.
- Para obtener una decisión acelerada sobre la cobertura, debe cumplir dos requisitos:
 - Puede obtener una decisión acelerada de cobertura solo si la solicita para un medicamento que aún no haya recibido. (No puede pedir una decisión acelerada de cobertura si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró).
 - Puede obtener una decisión acelerada sobre la cobertura solo si los plazos normales podrían afectar gravemente su salud o dañar su capacidad de llevar a cabo sus funciones de forma normal.
- Si su médico u otro profesional que recete nos informa que su salud requiere una "decisión acelerada de cobertura", aceptaremos proporcionársela automáticamente.

- Si solicita una decisión acelerada de cobertura por su cuenta (sin el respaldo de su médico u otro profesional que recete), nosotros decidiremos si su estado de salud requiere una decisión acelerada.
- Si determinamos que su afección médica no reúne los requisitos para una decisión acelerada de cobertura, le enviaremos una carta con una explicación (y usaremos el plazo normal).
- En la carta también le indicaremos que, si su médico u otro profesional que expida recetas solicitan una decisión acelerada sobre la cobertura, se la proporcionaremos automáticamente.
- Además, le explicaremos cómo presentar una queja sobre nuestra decisión de usar una decisión normal de cobertura en lugar de la acelerada que usted solicita. En la carta se describe cómo presentar una "queja acelerada" para que le demos una respuesta en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos la queja. (El proceso para presentar una queja es distinto al que se usa para solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones. Si desea obtener más información sobre el proceso para presentar una queja, consulte "Cómo presentar una queja 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").

Paso 2: Consideramos su solicitud y le damos una respuesta

Plazos para una "decisión acelerada de cobertura"

- Cuando usemos los plazos "rápidos", debemos darle una respuesta en un plazo de 24 horas.
- Por lo general, esto significa 24 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud. Si solicita una excepción de la Parte D, le responderemos antes de 24 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
- Si no le damos una respuesta en este plazo, debemos elevar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente sin relación con el plan. Más adelante en esta sección se ofrece información acerca de esta organización de revisión y sobre qué ocurre en el Nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que

hayamos acordado proporcionar en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico que respalde su solicitud.

- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "decisión normal de cobertura" de un medicamento de la Parte D que todavía no haya recibido

- Si presenta una apelación normal, debemos darle una respuesta en un plazo de 72 horas.
 - Por lo general, esto significa un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la solicitud. Si solicita una excepción de la Parte D, le responderemos antes de 72 horas desde el momento en que recibamos la declaración de su médico que respalde su solicitud. Le comunicaremos nuestra decisión antes si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección se ofrece información acerca de esta organización de revisión y sobre qué ocurre en el Nivel 2 de apelación.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - Si aceptamos su solicitud de cobertura, debemos ofrecer la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos su solicitud o la declaración de su médico en respaldo de su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Plazo para una "decisión normal de cobertura" del pago de un medicamento que ya compró

- Debemos dar nuestra respuesta en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - Si no cumplimos este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización independiente. Más adelante en esta sección se ofrece información acerca de esta organización

de revisión y sobre qué ocurre en el Nivel 2 de apelación.

- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también debemos pagarle a usted en un plazo de 14 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que **no a su solicitud de cobertura, usted decide si desea presentar una apelación.**

- Si decimos que **no**, tiene derecho a solicitar una apelación. Solicitar una apelación significa pedimos que reconsideremos y posiblemente cambiemos nuestra decisión.

Paso por paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 (cómo solicitar la revisión de una decisión de cobertura tomada por nuestro plan)

A una apelación para cambiar una decisión de cobertura para un medicamento de la Parte D se le llama "redeterminación" del plan.

Paso 1: Usted se comunica con nosotros y presenta su Apelación de Nivel 1. Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación acelerada".

Qué debe hacer:

- Para comenzar una apelación, usted (su representante, su médico u otro profesional que expida recetas) debe comunicarse con nosotros.
 - Para obtener información detallada sobre cómo comunicarse con nosotros por teléfono, fax o correo o a través de nuestro sitio web en relación con su apelación, consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o presente una apelación sobre los medicamentos de la Parte D" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- Presente una solicitud por escrito si solicita una apelación normal.
- Si solicita una apelación acelerada, puede hacerlo por escrito o llamarnos al número de teléfono que se indica en "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión de cobertura o presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".

- Debemos aceptar cualquier pedido por escrito, incluida la solicitud entregada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura del Modelo CMS, que se encuentra disponible en nuestro sitio web.
- Debe presentar la solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario a partir de la fecha que aparece en la notificación por escrito que le enviemos para informarle nuestra respuesta a su solicitud de una decisión de cobertura. Si no presenta la apelación en este plazo, pero tiene una buena razón para no haberlo hecho, podemos darle más tiempo. Los ejemplos de una buena causa para no cumplir el plazo pueden ser, entre otros, si tuvo una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le dimos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- Puede solicitar una copia de la información que aparece en su apelación y agregar más información.
 - Tiene derecho a pedirnos una copia de toda la información relacionada con su apelación. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
 - Si lo desea, usted, su médico u otro profesional que recete pueden enviarnos información adicional para respaldar su apelación.

Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite una "apelación acelerada"

Una "apelación acelerada" también se denomina "reconsideración acelerada".

- Si planea apelar una decisión del plan sobre la cobertura de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otro profesional que expida recetas deberán determinar si se necesita una "apelación acelerada".
- Los requisitos para obtener una "apelación acelerada" son los mismos que los que se usan para obtener una "decisión acelerada de cobertura" y se describen en "Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción de la Parte D".

Paso 2: Analizamos su apelación y le damos una respuesta

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su solicitud de cobertura. Verificamos que hayamos seguido todas las reglas cuando respondimos **no** a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted o con su médico u otro profesional que expida recetas para obtener más información.

Plazos para una "apelación acelerada"

- Si presenta una apelación acelerada, debemos responderle en un plazo de 72 horas desde el momento en que la recibimos. Le comunicaremos nuestra decisión antes si es necesario debido a su salud.
 - Si no le damos una respuesta en 72 horas, debemos mandar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones para que la evalúe una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización de revisión y se explica qué ocurre en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura que hayamos acordado proporcionar en un plazo de 72 horas a partir del momento en que recibamos la apelación.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que **no** y cómo apelar nuestra decisión.

Plazos para una "apelación normal"

- Si presenta una apelación normal, debemos darle una respuesta en un plazo de 7 días calendario a partir del momento en que recibamos su apelación por un medicamento que no ha recibido. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no recibió el medicamento y es necesario debido a su afección médica. Si cree que necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, debe solicitar una "apelación acelerada".
- Si no le damos una respuesta en 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección se incluye información sobre esta organización y se explica qué sucede en el Nivel 2 del proceso de apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - Si aprobamos su solicitud de cobertura, debemos proporcionar la cobertura aprobada lo antes posible según sea necesario de acuerdo con su estado de salud, pero antes de que transcurran 7 días calendario a partir del momento en que recibamos la apelación.
 - Si aceptamos su solicitud de reembolso por un medicamento que ya haya comprado, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30

días calendario desde el momento en que recibamos la apelación.

- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que **no** y cómo apelar nuestra decisión.
- Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días calendario** a partir del momento en que recibamos su solicitud.
 - Si no le damos una respuesta en 14 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la evaluará una organización de revisión independiente. Más adelante en esta sección, hablamos acerca de esta organización de revisión y explicamos lo que sucede en el Nivel 2 del proceso de Apelaciones.
- Si respondemos que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, también estaremos obligados a pagarle en un plazo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos su solicitud.
- Si respondemos que **no** a parte o a la totalidad de su solicitud, le enviaremos una notificación por escrito para explicarle por qué respondimos que no y cómo apelar nuestra decisión.

Paso 3: Si respondemos que *no* a su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si respondemos que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación.
- Si decide presentar otra apelación significa que usará el Nivel 2 del proceso de apelación (encontrará más información a continuación).

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su apelación, puede aceptar esta decisión o continuar con el proceso y presentar otra apelación. Durante la Apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su primera apelación. Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión.

El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "entidad de revisión independiente". A veces se la llama "IRE".

Paso 1: Para presentar una Apelación de Nivel 2, usted (su representante, su médico u otro profesional que expida recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso

- Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviemos incluirá instrucciones sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 2 ante la organización de revisión independiente. En estas instrucciones se le explicará quiénes pueden presentar esta Apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo puede comunicarse con la organización de revisión.
- Si presenta una apelación ante la organización de revisión independiente, enviaremos a esta entidad toda la información que tengamos sobre su apelación. Esta información se denomina "expediente del caso". Usted tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente del caso. Estamos autorizados a cobrarle una tarifa por hacer las copias y enviarle la información.
- También tiene derecho a entregar a la organización de revisión independiente cualquier información adicional que usted considere que puede ayudarle con su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente realiza una revisión de su apelación y le proporciona una respuesta

- La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nosotros y no es una agencia del gobierno. Se trata de una compañía que elige Medicare para revisar nuestras decisiones de beneficios de la Parte D.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación. La organización le comunicará su decisión por escrito y explicará los motivos de esta.

Plazos para una "apelación acelerada" de Nivel 2

- Si necesita una respuesta rápida debido a su estado de salud, solicite a la organización de revisión independiente una apelación acelerada.
- Si la organización de revisión la acepta, debe responder a su Apelación de Nivel 2 en un plazo de 72 horas desde el momento en que reciba su solicitud de apelación.
- Si la organización de revisión independiente responde que **sí** a parte o a la totalidad de su solicitud, debemos proporcionar la cobertura para el medicamento aprobado por la organización de

revisión en un plazo de 24 horas a partir del momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

Plazos para una "apelación normal" de Nivel 2

- Si usted presenta una apelación normal de Nivel 2, la organización de revisión debe responderle en un plazo de 7 días calendario a partir de la fecha en que haya recibido la apelación si es por un medicamento que no ha recibido aún. Si solicita un reembolso por un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe responder a su apelación de Nivel 2 en un plazo de 14 días calendario a partir de la fecha en que haya recibido su solicitud.
- Si la organización de revisión independiente responde que *sí* a parte o a la totalidad de su solicitud:
 - Si la organización de revisión independiente aprueba una solicitud de cobertura, debemos proporcionar esta cobertura para el medicamento aprobada en un plazo de 72 horas desde el momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.
 - Si la organización de revisión independiente aprueba la solicitud de reembolso para un medicamento que usted ya haya comprado, tenemos la obligación de enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario desde el momento en que recibamos la respuesta de la organización de revisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no a su apelación?

Si la organización responde que *no* a su apelación, significa que la organización está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud. (Esto se llama "respaldar la decisión". también se llama "denegar la apelación").

Si la organización de revisión independiente "respalda la decisión", usted tiene derecho a una Apelación de Nivel 3. Sin embargo, para seguir con el proceso y presentar una apelación de Nivel 3, el valor en dólares de la cobertura para el medicamento que solicita debe ser equivalente a una cantidad mínima. Si el valor en dólares de la cobertura que solicita es muy bajo, significa que no podrá presentar otra apelación y que la decisión del Nivel 2 será definitiva. En el aviso que reciba de la organización de revisión independiente, se le informará el valor en dólares en disputa necesario para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 3: Si el valor en dólares de la cobertura que usted solicita cumple con el requisito, usted elige si desea llevar su apelación al siguiente nivel

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si se rechaza su Apelación de Nivel 2 y su caso cumple los requisitos para continuar con el proceso de apelaciones, debe decidir si desea avanzar al Nivel 3 y presentar una tercera apelación. Si lo hace, las instrucciones sobre cómo presentar una tercera apelación se encuentran en la notificación por escrito que recibió después de la segunda apelación.
- La Apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador. Consulte el título "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 el médico le da 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. Para obtener más información sobre nuestra cobertura para atención hospitalaria, incluidas las limitaciones a la cobertura, consulte la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

Durante su hospitalización cubierta, colaborará con su médico y el personal del hospital con el fin de prepararse para el día en que será dado de alta. Ellos también se encargarán de coordinar la atención que pudiera necesitar después de ser dado de alta.

-) El día que usted sale del hospital se conoce como "fecha de alta hospitalaria".
- Una vez que se decide la fecha de alta hospitalaria, su médico o el personal del hospital se lo hará saber.
- Si piensa que el médico le da el alta antes de tiempo, puede pedir que se extienda su hospitalización, y se tendrá en cuenta su solicitud. En esta sección, se explica cómo presentarla.

Durante su estadía como paciente hospitalizado, recibirá una notificación por escrito de Medicare que le indicará sus derechos.

Durante su hospitalización cubierta, recibirá una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de*

Medicare sobre sus derechos. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de esta notificación cuando son hospitalizadas. Un miembro del personal del hospital (por ejemplo, un trabajador social o enfermero) debe entregársela a más tardar dos días después de su admisión. Si no recibe la notificación pídasela a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. También puede llamar al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**) las 24 horas del día, los siete días de la semana.

- **Lea cuidadosamente esta notificación y pregunte si no entiende algo. En ella se explican sus derechos como paciente del hospital, incluidos:**
 - Su derecho a recibir servicios cubiertos de Medicare durante y después de su hospitalización, según las indicaciones del médico. Aquí se incluye el derecho a saber qué servicios son, quién los pagará y dónde puede recibirlos.
 - Su derecho a participar en las decisiones sobre su hospitalización y a saber quién cubrirá los costos.
 - Dónde acudir si tiene alguna inquietud sobre la calidad de la atención hospitalaria.
 - Su derecho a apelar la decisión sobre su alta hospitalaria si usted piensa que está siendo dado de alta muy pronto.
 - En la notificación por escrito de Medicare, se explica cómo puede "solicitar una revisión inmediata". La solicitud de una revisión inmediata es una manera formal y legal de solicitar un retraso en su fecha de alta hospitalaria de tal manera que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo. En "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de su alta hospitalaria" se explica cómo solicitar una revisión inmediata.
- **Debe firmar la notificación por escrito para mostrar que la recibió y entiende sus derechos.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación. (En la "Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones" de la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Firmar la notificación demuestra únicamente que recibió la información sobre sus derechos. En la notificación no se proporciona su fecha de alta hospitalaria (su médico o el personal del hospital le comunicarán cuál es). Firmar la notificación

no significa que usted acepte una fecha de alta hospitalaria determinada.

- **Guarde una copia de la notificación firmada para tener la información en caso de que necesite presentar una apelación (o informar sobre un problema con la calidad de la atención).**
 - Si firma la notificación más de dos días antes de retirarse del hospital, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta hospitalaria.
 - Para consultar una copia de esta notificación por adelantado, puede llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede verla en línea en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si desea solicitarnos la extensión de la cobertura de los servicios de paciente hospitalizado por más tiempo, tendrá que presentar su solicitud mediante el proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer.
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (los números de teléfono se encuentran en la portada de esta *EOC*). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes").

En una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evalúa su apelación. Esta organización revisa si su fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada para usted desde el punto de vista médico.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una "revisión rápida" de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Es un grupo de médicos y otros profesionales de atención de la salud que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Medicare le paga a esta organización para revisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se proporciona a las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria de las personas con Medicare.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que reciba (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*), se explica cómo puede comunicarse 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 comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes de dejar el hospital y antes de la fecha de alta hospitalaria programada (la "fecha de alta hospitalaria programada" es la fecha que se ha fijado para que usted se retire del hospital).
 - Si cumple con este plazo, se le permitirá permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria sin pagar mientras espera la decisión de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad sobre su apelación.
 - Si no cumple con este plazo y decide permanecer en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, es posible que deba pagar todos los costos asociados con la atención hospitalaria que reciba después de esta fecha.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarla directamente ante el plan. Consulte "¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?" para obtener información sobre esta manera de presentar su apelación.

Pida una "revisión rápida" (una "revisión rápida" también se llama "revisión inmediata" o "revisión acelerada").

- Debe solicitar a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad una "revisión rápida" de su fecha de alta hospitalaria. Solicitar una "revisión rápida" significa que le pida a la organización que use un plazo "rápido" para la apelación en lugar del plazo normal.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también evaluarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que reciban del hospital y de nosotros.
- Antes de mediodía del día posterior a que los revisores hayan informado a nuestro plan de su apelación, usted también recibirá una notificación por escrito con su fecha programada para el alta hospitalaria y una explicación detallada de por qué su médico, el hospital y nosotros consideramos que es correcto (apropiado desde el punto de vista médico) que se le dé de alta en esa fecha. Esta explicación por escrito se llama "*Notificación detallada de alta hospitalaria*". Puede obtener un ejemplo de esta notificación llamando a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede ver un ejemplo de la notificación en línea, en <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

Paso 3: Al día siguiente de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad responderá su apelación

¿Qué sucede si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión responde que *sí* a su apelación, debemos continuar proporcionando sus servicios hospitalarios con cobertura durante el

tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.

- Usted deberá seguir pagando la parte de los costos que le corresponda (como Costos Compartidos, si corresponde). Es posible también que se apliquen limitaciones a sus servicios hospitalarios cubiertos. (Vea la sección "Beneficios y su Costo Compartido").

¿Qué sucede si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria es adecuada desde el punto de vista médico. Si esto ocurre, la cobertura de sus servicios para pacientes hospitalizados terminará al mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le comunique la respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión responde que **no** a su apelación y usted decide permanecer en el hospital, es posible que deba pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba a partir del mediodía del día posterior al día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dé una respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su Apelación de Nivel 1 es no, usted decide si desea presentar otra apelación

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha programada para el alta hospitalaria, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted permanece en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar la totalidad de los costos de su hospitalización después de su fecha programada para el alta hospitalaria.

Los siguientes son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión

- Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días calendario a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad haya respondido que **no** a su Apelación de Nivel 1. Únicamente puede solicitar esta revisión si permaneció en el hospital después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario a partir de la recepción de su solicitud de una segunda revisión, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán

Si la organización de revisión responde que sí:

- Debemos reembolsarle la parte que nos corresponda de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde el mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. Debemos continuar cubriendo la atención hospitalaria que usted reciba durante todo el tiempo que sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Debe continuar pagando el porcentaje que le corresponde de los costos, y pueden aplicarse limitaciones a la cobertura.

Si la organización de revisión responde que no:

- Esto significa que los revisores están de acuerdo con la decisión tomada en la Apelación de Nivel 1 y no la cambiarán. Esto se llama "respaldar la decisión".
- En la siguiente notificación que reciba se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es *no*, deberá decidir si quiere continuar con su apelación y pasar al Nivel 3

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si la organización de revisión rechaza su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- 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.

¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó en "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta hospitalaria" en esta sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas", debe actuar rápido para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar la primera apelación de su alta hospitalaria. ("Rápido" significa antes de salir del hospital y antes de su fecha programada para el alta hospitalaria). Si no alcanzó el plazo para comunicarse con la organización, existe otra forma para que usted presente su apelación.

Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo normal. Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama "apelación acelerada".

Paso 1: Llámenos y solicite una "revisión rápida"

- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal sobre su atención médica" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- Asegúrese de pedir una "revisión rápida". Esto significa que usted solicita que le demos una

respuesta con un plazo "rápido" en lugar del plazo "normal".

Paso 2: Llevamos a cabo una "revisión rápida" de su fecha programada para el alta hospitalaria y revisamos si fue apropiada desde el punto de vista médico

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su hospitalización para determinar si la fecha programada de alta hospitalaria era apropiada desde el punto de vista médico. Revisaremos si la decisión sobre la fecha del alta hospitalaria fue justa y se siguieron todas las reglas.
- En esta situación, usaremos un plazo "rápido" en lugar de uno normal para responderle.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una "revisión rápida" ("apelación acelerada")

- Si respondemos que *sí* a su apelación acelerada, significa que estamos de acuerdo con usted y que pensamos que debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta hospitalaria, y seguiremos proporcionándole servicios para pacientes hospitalizados con cobertura mientras sea necesario desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y pueden aplicarse limitaciones de cobertura).
- Si respondemos que *no* a su apelación acelerada, significa que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico. Nuestra cobertura para los servicios hospitalarios finaliza el día en que dijimos que terminaría.
- Si permaneció en el hospital después de su fecha de alta hospitalaria programada, es posible que deba pagar todos los costos de la atención hospitalaria que haya recibido después de esta fecha.

Paso 4: Si *rechazamos* su apelación acelerada, su caso se enviará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando respondimos que *no* a su apelación acelerada, debemos enviar su apelación a la organización de revisión independiente. Hacer esto significa que pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. En una Apelación de Nivel 2, una organización de revisión independiente evalúa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su "apelación acelerada". Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión. El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "entidad de revisión independiente". A veces se la llama "IRE".

Paso 1: Reenviaremos su caso a la organización de revisión independiente automáticamente

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. En "Cómo presentar una queja 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" se le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le responderán a más tardar en 72 horas.

- La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación sobre el alta hospitalaria.
- Si esta organización responde que **sí** a su apelación, entonces debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos por la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha programada para el alta hospitalaria. También debemos seguir proporcionando la cobertura de nuestro plan para sus servicios como paciente hospitalizado mientras sea necesaria desde el punto de vista médico. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.

- Si esta organización responde que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con nosotros en que la fecha programada para el alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
- En la notificación que le envía la organización de revisión independiente se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para pasar al Nivel 3 de Apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación

- Después del Nivel 2, hay otros tres niveles en el proceso de apelaciones (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o pasa al Nivel 3 y presenta una tercera apelación.
- 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 solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos cuando piensa que su cobertura finalizará antes de tiempo

Servicios de atención médica a domicilio, de atención en Instalaciones de Enfermería Especializada y de Centros de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF).

Esta sección se refiere solamente a los siguientes tipos de atención:

- **Los servicios de atención médica a domicilio que recibe.**
- **La atención de enfermería especializada** que reciba como paciente en una Instalación de Enfermería Especializada (para conocer los requisitos para que se considere una "Instalación de Enfermería Especializada", consulte la sección "Definiciones").
- **La atención de rehabilitación** que recibe como paciente ambulatorio en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) aprobado por Medicare. Por lo general, esto significa que usted recibe tratamiento para una enfermedad o un accidente, o que se está recuperando de una

operación importante. (Consulte la sección "Definiciones" si desea obtener más información sobre este tipo de centros).

Si recibe cualquiera de estos tipos de atención, tiene derecho a continuar obteniendo cobertura para ellos durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión. Para obtener más información sobre los servicios cubiertos, incluida la parte que le corresponda de los costos y las limitaciones que pudiesen aplicarse a la cobertura, consulte la sección "Beneficios y su Costo Compartido".

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

- **Recibirá una notificación por escrito.** Por lo menos dos días antes de que nuestro plan finalice la cobertura para su atención, usted recibirá una notificación.
 - En esta notificación por escrito se indicará la fecha en que dejaremos de cubrir la atención que usted recibe.
 - En la notificación por escrito, también se describe qué puede hacer si desea solicitarnos que cambiemos nuestra decisión sobre cuándo finalizar su atención y continuemos ofreciendo cobertura durante más tiempo.
 - La explicación sobre qué puede hacer que se incluye en la notificación por escrito se refiere a cómo solicitar una "apelación de vía rápida". Presentar una apelación por la vía rápida es una manera legal y formal para solicitar un cambio en nuestra decisión sobre cuándo dejar de proporcionarle atención. En "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo" se le explica cómo solicitar una apelación de vía rápida.
 - La notificación por escrito se llama "*Notificación de Medicare de no cobertura*". Para obtener una copia muestra, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros o al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana. También puede ver una copia en línea en

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>.

- **Debe firmar la notificación por escrito para comprobar que la recibió.**
 - Usted o alguien que actúe en su nombre deberá firmar la notificación. (En la "Guía básica de decisiones sobre cobertura y apelaciones" de la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" se explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante).
 - Al firmar la notificación, usted solamente demuestra que recibió la información sobre cuándo finalizará su cobertura. Firmarla no significa que usted esté de acuerdo con nosotros en que es hora de dejar de proporcionarle atención.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante más tiempo, deberá presentar su petición por medio del proceso de apelaciones. Antes de comenzar, asegúrese de saber qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.** A continuación, se explican los primeros dos niveles del proceso de apelación.
- **Cumpla con los plazos.** Los plazos son importantes. Asegúrese de entender y cumplir todos los plazos que se aplican a lo que debe hacer. También existen plazos que nuestro plan debe cumplir. (Si usted considera que no estamos cumpliendo nuestros plazos, puede presentar una queja. "Cómo presentar una queja 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" le explica cómo presentar una queja).
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda en cualquier momento, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (consulte los números de teléfono en la portada de este folleto). O llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud, una organización del gobierno que proporciona asistencia personalizada (consulte la sección "Recursos y números de teléfono importantes").

Si presenta una Apelación de Nivel 1 puntualmente, los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad evaluarán su apelación y determinarán si es necesario cambiar la decisión tomada por nuestro plan.

Paso 1: Presente una Apelación de Nivel 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad en su estado y solicite una revisión. Debe actuar con rapidez

¿Qué es la Organización para el Mejoramiento de la Calidad?

- Es un grupo de médicos y otros expertos de la atención médica que trabajan para el gobierno federal. Estos expertos no forman parte de nuestro plan. Se encargan de comprobar la calidad de la atención que reciben las personas con Medicare y de evaluar las decisiones del plan sobre cuándo es apropiado interrumpir la cobertura de ciertos tipos de atención médica.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En la notificación por escrito que recibió, se explica cómo puede comunicarse con esta organización (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").

¿Qué debe solicitar?

- Pida a esta organización una "apelación de vía rápida" (para llevar a cabo una revisión independiente) para determinar si es apropiado desde el punto de vista médico que demos por finalizada la cobertura de sus servicios médicos.

Su plazo para comunicarse con esta organización

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad e iniciar su apelación antes del mediodía del día posterior al que reciba la notificación por escrito para informarle que se interrumpirá la cobertura de su atención.
- Si se vence el plazo para presentar su apelación ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad, puede presentarla ante nosotros. Para obtener información más detallada sobre esta alternativa para presentar su solicitud, consulte "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo".

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad lleva a cabo una revisión independiente de su caso

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (a quienes llamaremos "los revisores", para abreviar) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué considera que debe extenderse la cobertura de los

servicios. No es necesario que haga una presentación por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

- La organización de revisión también evaluará su información médica, hablará con su médico y analizará la información que recibió de nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación; usted también recibirá de nosotros una notificación por escrito para explicar en detalle las razones por las que finalizamos nuestra cobertura de sus servicios. Esta explicación por escrito se llama *Explicación detallada de no cobertura*.

Paso 3: En un plazo de un día a partir del momento en que tengan toda la información necesaria, los revisores le informarán su decisión

¿Qué sucede si los revisores responden que sí a su apelación?

- Si los revisores responden que 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). Además, se pueden aplicar limitaciones sobre sus servicios cubiertos (consulte la sección "Beneficios y su Costo Compartido").

¿Qué sucede si los revisores responden que no a su apelación?

- Si los revisores responden que **no** a su apelación, entonces su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos. Dejaremos de pagar nuestra parte de los costos de esta atención en la fecha que se menciona en la notificación.
- Si decide seguir recibiendo atención de salud a domicilio, o atención en una Instalación de Enfermería Especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación 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

- Esta primera apelación es el "Nivel 1" del proceso de apelaciones. Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 1 y usted decide seguir recibiendo atención después de la fecha en que finalice su cobertura, puede presentar otra apelación.
- Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención por más tiempo

Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación y usted elige continuar recibiendo atención después de la fecha en que finaliza su cobertura, puede presentar una Apelación de Nivel 2. Con una Apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a evaluar la decisión tomada en la primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de sus servicios de atención médica a domicilio, o en una Instalación de Enfermería Especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura.

Los siguientes son los pasos del Nivel 2 del proceso de apelaciones:

Paso 1: Llame a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión

- Debe solicitar esta revisión en un plazo de 60 días a partir del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad respondió que *no* a su Apelación de Nivel 1. Únicamente puede solicitar esta revisión si siguió recibiendo atención después de la fecha en que terminó la cobertura de su atención.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad hace una segunda revisión de su situación

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad volverán a evaluar cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la comunicarán

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que sí a su apelación?

- Debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención médica que haya recibido desde la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos continuar proporcionando cobertura de esta atención en tanto sea necesaria desde el punto de vista médico.
- Usted debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión responde que no?

- Esto significa que están de acuerdo con la decisión que tomamos en su Apelación de Nivel 1 y que no la cambiarán.
- En la siguiente notificación que reciba se explicará por escrito qué pasos debe seguir si desea continuar con el proceso de revisión. Se describirá en detalle lo que debe hacer para avanzar al siguiente nivel de apelación, que estará a cargo de un juez de derecho administrativo o de un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, deberá decidir si quiere continuar con su apelación

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores rechazan su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar esta decisión o continuar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3 un juez revisa su apelación.
- 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.

¿Qué sucede si no presenta una Apelación de Nivel 1 en el plazo indicado?

Puede presentar una apelación ante nosotros

Como se explicó en "Paso a paso: Cómo presentar una Apelación de Nivel 1 para que el plan cubra su atención durante más tiempo", debe actuar con rapidez para comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su primera apelación (en un plazo de uno o dos días como máximo). Si no se comunica con esta organización en el plazo indicado, puede presentar su apelación de otro modo. Si utiliza esta otra forma para presentar su apelación, los primeros dos niveles de apelación son diferentes.

Paso a paso: Cómo presentar una Apelación Alternativa de Nivel 1

Si no se comunica con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad antes del plazo indicado, puede presentar una apelación ante nosotros y solicitar una "revisión rápida". Una revisión rápida es una apelación con un plazo acelerado en vez del plazo normal. Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se llama "apelación acelerada".

Estos son los pasos para solicitar una Apelación de Nivel 1:

Paso 1: Comuníquese con nosotros y solicite una "revisión rápida"

- Para obtener información sobre cómo comunicarse con nosotros, consulte "Cómo comunicarse con nosotros cuando pida una decisión sobre la cobertura o presente una apelación o una queja informal sobre su atención médica" en la sección "Recursos y números de teléfono importantes".
- Asegúrese de pedir una "revisión rápida". Esto significa que usted solicita que le demos una respuesta con un plazo "rápido" en lugar del plazo "normal".

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo terminar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, volvemos a analizar toda la información sobre su caso. Verificamos si se siguieron todas las reglas para establecer la fecha de suspensión de la cobertura de nuestro plan para los servicios que estaba recibiendo.
- Para darle una respuesta sobre esta revisión, utilizaremos un plazo "rápido" en lugar del plazo normal.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión en un plazo de 72 horas a partir del momento en que solicite una "revisión rápida" ("apelación acelerada")

- Si respondemos que **sí** a su apelación acelerada, significa que estamos de acuerdo con usted en que necesita los servicios durante más tiempo, y seguiremos ofreciéndole los servicios cubiertos mientras sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que acordamos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura terminaría. (Usted debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- Si respondemos que **no** a su apelación acelerada, su cobertura finalizará en la fecha que le hayamos indicado y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si sigue recibiendo atención de salud a domicilio, o atención en una Instalación de Enfermería Especializada o servicios de un Centro Integral de Rehabilitación para Pacientes Ambulatorios (CORF) después de la fecha en que hayamos dicho que terminaría su cobertura, usted deberá pagar el costo total de la atención.

Paso 4: Si respondemos que *no* a su apelación acelerada, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones

- Para asegurarnos de haber cumplido todas las normas cuando respondimos que **no** a su apelación acelerada, debemos enviar su apelación a la organización de revisión independiente. Hacer esto significa que pasa automáticamente al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Paso a paso: Proceso de Apelación Alternativa de Nivel 2

Si respondemos que **no** a su Apelación de Nivel 1, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelaciones. Durante la Apelación de Nivel 2, la organización de revisión independiente revisa la decisión que tomamos cuando respondimos que **no** a su "apelación acelerada". Esta organización determina si debemos cambiar nuestra decisión. El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es "entidad de revisión independiente". A veces se la llama "IRE".

Paso 1: Reenviaremos su caso a la organización de revisión independiente automáticamente

- Debemos enviar la información para su Apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir de que hayamos respondido que **no** a su primera apelación. (Si considera que no estamos cumpliendo este u otros plazos, puede presentar una queja. El proceso de quejas es diferente del proceso de apelaciones. "Cómo presentar una queja 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" le explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente lleva a cabo una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le responderán a más tardar en 72 horas.

- La organización de revisión independiente es un organismo independiente que contrata Medicare. Esta organización no tiene relación con nuestro plan y no es una agencia del gobierno. Esta organización es una compañía que Medicare eligió para que se desempeñe como organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información relacionada con su apelación.
- Si esta organización responde que **sí** a su apelación, debemos reembolsarle (devolverle) nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido después

de la fecha en que habíamos dicho que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo su atención médica mientras sea necesaria desde el punto de vista médico. Usted debe continuar pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían restringir la cantidad que le reembolsaremos o el tiempo que seguiremos ofreciendo cobertura para sus servicios.

-) Si esta organización responde que **no** a su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan con respecto a su primera apelación y que no la cambiará.
- En la notificación que le envía la organización de revisión independiente se le informa por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. También se incluye información sobre cómo presentar una Apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si la organización de revisión independiente rechaza su apelación, usted decide si desea continuar con su apelación

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que da un total de cinco niveles de apelación. Si los revisores responden que **no** a su Apelación de Nivel 2, usted puede aceptar la decisión o pasar al Nivel 3 y presentar otra apelación. En el Nivel 3, un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador revisa la apelación.
- 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 Servicios médicos

Esta sección podría serle útil si presentó Apelaciones de Niveles 1 y 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que usted apeló alcanza ciertos niveles mínimos, puede seguir con otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. Si el valor en dólares es lo suficientemente alto, en la respuesta por escrito a su Apelación de Nivel 2, encontrará una explicación sobre con quién debe ponerse en contacto y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación

funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado juez de derecho administrativo) que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que **sí** a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar. Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 4. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted.
- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del juez de derecho administrativo o del abogado adjudicador.
- Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de Apelación de Nivel 4 junto con cualquier documento adjunto. Podemos esperar la decisión sobre la Apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que **no** a su apelación, el proceso de apelación podría o no finalizar.
- Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
- De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que **no** a su apelación, recibirá una notificación en la que se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es sí, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar la decisión favorable de una Apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede finalizar o no. Decidiremos si apelar o no esta decisión en el Nivel 5. A diferencia de una decisión en el Nivel 2 (organización de revisión independiente), tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted.
- Si decidimos no apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle el servicio en un plazo

de 60 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión del Consejo.

- Si decidimos apelar esta decisión, se lo informaremos por escrito.
- Si la respuesta es **no** o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptarla, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde que **no** a su apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las reglas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

Este es el último paso del proceso de apelaciones

Apelaciones de Nivel 3, 4 y 5 de Medicamentos de la Parte D

Esta sección podría serle útil si presentó Apelaciones de Niveles 1 y 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 a su Apelación de Nivel 2 encontrará una explicación de con quién debe comunicarse y cómo debe solicitar una Apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de los casos relacionados con apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan prácticamente de la misma forma. A continuación, se indica quién revisa su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3: Un juez (llamado "juez de derecho administrativo") o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- Si la respuesta es **sí**, el proceso de apelaciones finaliza. Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un

plazo máximo de 30 días calendario después de que recibamos la decisión.

- Si la respuesta es **no**, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - De lo contrario, puede avanzar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador responde que **no** a su apelación, recibirá una notificación en la que se le informará qué hacer si elige continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 4: El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- Si la respuesta es **sí**, el proceso de apelaciones finaliza. Se aprobó lo que usted solicitó en la apelación. Debemos autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos que el Consejo haya aprobado en un plazo de 72 horas (24 para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la decisión.
- Si la respuesta es **no**, el proceso de apelaciones puede finalizar o no.
 - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones finaliza.
 - Si no desea aceptarla, tal vez pueda continuar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que **no** a su apelación o rechaza su solicitud de revisión de la apelación, en la notificación se indicará si, de acuerdo con las reglas, puede continuar con una Apelación de Nivel 5. Si las reglas le permiten continuar, la notificación por escrito también le informará con quién debe comunicarse y qué debe hacer si elige seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5: Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Este es el último paso del proceso de apelaciones.

Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente y otros temas

Si tiene un problema con decisiones relacionadas con los beneficios, la cobertura o los pagos, entonces esta sección no es para usted. En su lugar, debe seguir el proceso para

decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la "Guía de información básica respecto a decisiones de cobertura y apelaciones" de esta sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

¿Qué tipos de problemas se tratan con el proceso de quejas?

En esta sección se explica cómo usar el proceso para presentar 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 que recibe.

Vea a continuación ejemplos de los tipos de problemas que se manejan con el proceso de quejas.

Si tiene alguno de estos tipos de problemas, puede "presentar una queja"

- **Calidad de la atención médica**
 - ◆ ¿No está conforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención en el hospital)?
- **Respeto de su privacidad**
 - ◆ ¿Cree que alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información sobre usted que en su opinión debería ser confidencial?
- **Falta de respeto, servicio al cliente inadecuado u otras conductas negativas**
 - ◆ ¿Alguien fue grosero con usted o le faltó al respeto?
 - ◆ ¿No está conforme con el trato que recibió de 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 mucho para obtenerla?
 - ◆ ¿Tuvo que esperar mucho tiempo a un médico, un farmacéutico o a otro profesional de la salud? ¿O a Servicio a los Miembros u otro representante de nuestro plan? Algunos ejemplos incluyen tener que esperar mucho tiempo por teléfono, en la sala de espera, en la sala de exámenes o para obtener una receta médica.
- **Limpieza**
 - ◆ ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
- **Información que recibe de nuestro plan**
 - ◆ ¿Cree que no le hemos enviado una notificación sobre algo que debíamos informarle?
 - ◆ ¿Considera que la información escrita que le hemos proporcionado es difícil de entender?

Puntualidad (estos tipos de queja están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones sobre de y las apelaciones)

El proceso de solicitar una decisión de cobertura y presentar apelaciones se explica en la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas". Si solicita que se tome una decisión o presenta una apelación, debe utilizar ese proceso, no el proceso de quejas.

Sin embargo, si ya solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no respondemos lo suficientemente rápido, también puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Si nos solicitó una "decisión rápida sobre la cobertura" o "una apelación acelerada" y le dijimos que no, puede presentar una queja.
- Si cree que nuestro plan no cumple con los plazos para tomar una decisión de cobertura o darle la respuesta sobre una apelación suya, puede presentar una queja.
- Cuando se revisa una decisión de cobertura que tomamos y se le indica a nuestro plan que debe cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos de la Parte D, se aplican determinados plazos. Si cree que no hemos cumplido con estos plazos, puede presentar una queja.
- Si no tomamos una decisión a tiempo, debemos reenviar su caso a la organización de revisión independiente. Si no lo hacemos dentro del plazo estipulado, puede presentar una queja.

Paso a paso: Cómo presentar una queja

- El término "queja" que se usa en esta sección también se llama "queja formal".
- Otra expresión para "presentar una queja" es "interponer una queja formal".
- Otra forma de decir "usar el proceso de quejas" es "usar el proceso para interponer una queja formal".

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea mediante una llamada telefónica o por correo

- En general, el primer paso es llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Allí le informarán si es necesario que haga algo más. Llámenos al **1-800-443-0815** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.
- Si no desea llamar (o si llamó y no quedó conforme), puede poner por escrito su queja y enviárnosla. Si presenta su queja por escrito, le responderemos por

escrito. También le responderemos por escrito cuando presente una queja por teléfono si solicita una respuesta por escrito o su queja 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.
- Debe presentarnos su queja formal (oralmente o por escrito) dentro de los 60 días calendario posteriores al evento o incidente. Debemos dar una respuesta a su queja formal tan pronto como sea necesario de acuerdo con su estado de salud, en un plazo máximo de 30 días calendario a partir del momento en que recibamos la queja informal. 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, o si extendemos el plazo que necesitamos para tomar una decisión de cobertura o una apelación. Debemos responder a su queja formal acelerada en el plazo de 24 horas.
- Debe comunicarse de inmediato con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros por teléfono o por escrito. Debe presentar la queja en los 60 días calendario siguientes a la fecha en que tuvo el problema sobre el cual desea quejarse.
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "respuesta rápida de una decisión de cobertura" o una "apelación acelerada", automáticamente trataremos su solicitud como una "queja acelerada". Si presenta una "queja acelerada", le responderemos en 24 horas. A lo que en esta sección nos referimos como "queja acelerada" también se llama "queja formal acelerada".

Paso 2: Revisamos su queja y le damos una respuesta

- Si es posible, le responderemos de inmediato. Si nos llama porque tiene una queja informal, tal vez podamos darle una respuesta durante la misma llamada. Si debido a su estado de salud necesita una respuesta rápida, se la daremos.

- La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días calendario. 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 usar más días, se lo informaremos por escrito.
- Le informaremos si no estamos de acuerdo con parte o la totalidad de su queja o si no asumimos responsabilidad por el problema sobre el que se queja. Nuestra contestación incluirá los motivos de nuestra respuesta. Debemos responder, ya sea que estemos o no de acuerdo con la queja.

También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Puede presentarnos una queja sobre la calidad de la atención que recibió a través del proceso paso a paso explicado antes.

Cuando su queja se refiere a la calidad de la atención, tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentarla ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** Si lo prefiere, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención directamente ante esta organización (sin presentarnos la queja).
 - 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
 - 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". Si presenta una queja ante esta organización, trabajaremos con ella para resolverla.
- **O puede presentar su queja ante ambas organizaciones al mismo tiempo.** Si lo desea, puede presentar su queja sobre la calidad de la atención ante nosotros y ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

También puede informarle a Medicare sobre su queja

Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. Medicare se toma en serio sus quejas y

utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare.

Si tiene otra opinión o inquietud, o si siente que el plan no está ocupándose de su problema, por favor llame al **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 internos 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 para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, 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 para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (parte del Departamento de Trabajo de los EE. UU.) al 1-866-444-3272.
- Como alternativa, si el plan de beneficios de su Grupo no está sujeto a la ERISA (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 de "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 en que esta sección de "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 entrada en vigor de esta *EOC*. Tal aplicación retroactiva será obligatoria solo para las partes de 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 una supuesta infracción o está relacionado con una infracción de una obligación que conlleve, resulte o esté relacionada con esta *EOC* o con una relación del Miembro con Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ("Plan de Salud"), incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (un reclamo que indique que un servicio médico o un artículo era innecesario o no estaba autorizado, o bien

que se prestó de forma incorrecta, negligente o incompetente), responsabilidad civil de los centros, o que esté relacionada con la cobertura, la prestación de servicios o la entrega de artículos, independientemente de las teorías jurídicas sobre las cuales se base el reclamo.

- El reclamo es afirmado por una o más partes de los Miembros contra una o más partes de Kaiser Permanente, o por una o más partes de Kaiser Permanente contra una o más partes del Miembro.
- Las leyes aplicables no impiden el uso del arbitraje vinculante para resolver el reclamo.

Los Miembros inscritos en esta *EOC* renuncian a su derecho a un proceso con un jurado o un tribunal y aceptan el uso de un arbitraje vinculante, pero los siguientes tipos de reclamos no están sujetos al arbitraje vinculante:

- reclamos dentro de la jurisdicción del tribunal de demandas de menor cuantía
- reclamos sujetas al procedimiento de apelaciones de Medicare según corresponda a los Miembros de Kaiser Permanente Senior Advantage
- reclamos que no pueden estar sujetos al arbitraje vinculante según la legislación aplicable

Como se indica en esta sección de "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
- KP Cal, LLC.
- 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 reclamaciones que presentan una o más de las partes del Miembro

- cualquier empleado o representante 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 describe arriba. "Demandado" se refiere a una parte del Miembro o de Kaiser Permanente contra quien se presenta un reclamo, como se describe arriba.

Reglas de procedimiento

Los arbitrajes se realizarán de conformidad con las *Reglas para los arbitrajes de los Miembros de Kaiser Permanente supervisados por la Oficina del Administrador Independiente* ("Reglas de Procedimiento") desarrolladas por la Oficina del Administrador Independiente en consulta con Kaiser Permanente y la Junta Consultiva de Arbitraje. Si desea obtener copias de las Reglas de Procedimiento, llame a nuestra Central de Llamadas de 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, el monto 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 todos los reclamos contra los Demandados sobre la base del mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas.

Notificación de la petición de arbitraje

La petición de arbitraje deberá notificarse ante el Plan de Salud, Kaiser Foundation Hospitals, KP Cal, LLC, The Permanente Medical Group, Inc., Southern California Permanente Medical Group, The Permanente Federation, LLC y The Permanente Company, LLC por medio de un correo dirigido al Demandado a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Legal Department
1950 Franklin St., 17th Floor
Oakland, CA 94612

La notificación de dicho Demandado se considerará efectuada cuando este reciba la petición. 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 le 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 honorarios (Fee Waiver Form) y presentarlo en la Oficina del Administrador Independiente, al mismo tiempo que lo envía a los Demandados. El Formulario de exoneración de honorarios establece los criterios para la exoneración de honorarios y puede obtenerlo llamando a nuestra Central de Llamadas de 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 las Reglas de Procedimiento).

Si la petición de arbitraje intenta obtener el pago por daños por un total de \$200,000 o menos, la disputa deberá resolverse por medio de un solo árbitro imparcial, a menos que las partes acuerden por escrito 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 por daños superiores a \$200,000, la disputa deberá ser resuelta y determinada por 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 están de acuerdo, un único árbitro imparcial podrá resolver estos arbitrajes.

Pago de los honorarios y los 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 Reglas de Procedimiento. 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 las Reglas de Procedimiento indicadas 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 procederá a resolver la disputa en ausencia de dicha parte.

La Ley de Reforma de Indemnizaciones 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 daños y perjuicios no económicos y el derecho de solicitar que una indemnización por daños y perjuicios futuros se ajuste a pagos periódicos, se aplicará a toda reclamación por negligencia profesional o cualquier otra reclamación, según lo permita o contemple la ley.

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 y en combinación con las Reglas

de Procedimiento, habrán de regir los arbitrajes en la medida que no contradigan esta 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 esta 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 reclamaciones sujetas y no sujetas a arbitraje o a causa de que una o más de las partes del arbitraje también sea una parte en un proceso judicial pendiente con un tercero que se desprenda de las mismas transacciones o relacionado con ellas y que implique la posibilidad de fallos o descubrimientos que pudiesen estar en conflicto.

Cancelación de la membresía

Su Grupo debe informarle al Suscriptor la fecha en que se cancele su 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.º de enero de 2020, su cobertura estará vigente hasta las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2019). Cuando finaliza la membresía de un Suscriptor, las membresías de sus Dependientes finalizan en el mismo momento. Se le cobrará como no Miembro por 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:

- Lo establecido en "Pagos después de la cancelación" de la sección "Cancelación de membresía".
- Si recibe Servicios con cobertura de atención de un problema 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 por 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 en Senior Advantage según se describe en "Cancelación de la afiliación a Senior Advantage" de esta sección "Cancelación de membresía".

Cancelación de la membresía debido a la pérdida de elegibilidad

Si cumple los requisitos de elegibilidad descritos en "Elegibilidad" en la sección "Primas, elegibilidad e inscripción" el primer día de un mes, pero más adelante en ese mes ya no los cumple, su membresía finalizará a las 11:59 p. m. del último día de ese mes. Por ejemplo, si deja de ser elegible el 5 de diciembre de 2019, su fecha de cancelación será el 1 de enero de 2020, y su cobertura finalizará a las 11:59 p. m. del 31 de diciembre de 2019.

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 Medicare Health Plan (por ejemplo, un plan de Medicare Advantage o 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 vigor 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 no es elegible para seguir siendo Miembro por este motivo. Debemos cancelar su inscripción si no cumple 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 para los medicamentos recetados.

Nota: Si pierde 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 inscripción 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 su afiliación durante la inscripción abierta de su Grupo, la fecha de entrada en vigor de la cancelación de 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 entrada en vigor 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 entrada en vigor de la cancelación de la afiliación será el primer día del mes siguiente a cuando recibamos su solicitud de cancelación de la afiliación.

Para solicitar la cancelación de la afiliación puede llamar a la línea telefónica gratuita 1-800-633-4227 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048), las 24 horas al día, los siete días de la semana, o enviar 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 en 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 en 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 Ayuda 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 lo inscriba en un plan de medicamentos, a menos que se haya excluido de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su membresía en un plan de cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y se queda sin cobertura acreditada de medicamentos de venta con receta, es posible que tenga que pagar una penalización por inscripción tardía en la Parte D si en el futuro se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare. (La cobertura "acreditada" es una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos de venta con receta de Medicare). Consulte "Primas de Medicare" en la sección "Primas, elegibilidad e inscripción" para obtener más información sobre la penalización por inscripción tardía.

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, al 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 Senior Advantage por este motivo, a menos que obtengamos primero una autorización de Medicare. Si se cancela su afiliación por esta razón, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid tal vez remitan

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 lo encarcelan (si va a prisión).
- Si falsifica u oculta intencionalmente información sobre otras partes que le brindan reembolsos por su cobertura de medicamentos de venta con receta médica.

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 su Grupo no paga 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 cancelación

Si damos por terminada su membresía con causa o por falta de pago, haremos lo siguiente:

- Le reembolsaremos toda cantidad que se adeude a su Grupo por las Primas pagadas después de la fecha de cancelación.

- Le pagaremos toda cantidad que hayamos determinado que le debemos por reclamaciones 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 como se describe en la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

Continuidad de la membresía

Si su membresía conforme a esta *EOC* 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 de su Grupo conforme a esta *EOC* de Senior Advantage tal como se describe en el punto "Continuidad de la cobertura de Grupo". Además, podría mantener su membresía en un plan individual tal como se describe en el punto "Cambio de membresía de Grupo a plan individual". Si en algún momento usted cumple con los requisitos para mantener su cobertura de Grupo, evalúe detenidamente sus opciones de cobertura antes de rechazar esta cobertura. Las primas y la cobertura de un plan individual serán diferentes a las correspondientes a su plan de Grupo.

Continuidad de la cobertura grupal

COBRA

Es posible que pueda continuar su cobertura según esta *EOC* durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exige la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) federal. La COBRA se aplica a la mayoría de los empleados (y a la mayoría de sus Dependientes familiares) de la mayor parte de los empleadores que tienen 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 periodo 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 membresía de Grupo a plan individual" de esta sección "Continuidad de membresía", es posible que pueda cambiar a un plan individual (que no sea de grupo) si no solicita la cobertura de la COBRA, o si se inscribe en la COBRA y finaliza su cobertura de la COBRA.

Cobertura para un problema médico incapacitante

Si quedó Totalmente Incapacitado mientras era Miembro según el *acuerdo* de su Grupo con nosotros y mientras el Suscriptor estaba empleado por su Grupo, y el *acuerdo* de su Grupo con nosotros se cancela y no se renueva, cubriremos los Servicios de su afección totalmente incapacitante 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 está Totalmente Incapacitado.

) El *acuerdo* de su Grupo con nosotros se reemplaza por otro plan de salud de grupo que no tiene limitaciones con respecto a la afección incapacitante.

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 Incapacitado" 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 periodo 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 Incapacitado" 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 periodo 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 misma edad.

Para solicitar la continuidad de cobertura para su problema médico incapacitante, debe llamar a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros en un plazo de 30 días después de que haya finalizado el *acuerdo* de su Grupo con nosotros.

Cambio de membresía de Grupo a 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 puede estar disponible es un plan individual llamado 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 "Quiénes reúnen los requisitos" de la sección "Primas, elegibilidad e inscripción". La cobertura del plan individual comienza cuando finalice su cobertura de Grupo. Las primas y la cobertura de nuestro plan individual son diferentes de las de esta *EOC* e incluirán la cobertura de medicamentos recetados de Medicare Parte D.

Sin embargo, si ya no reúne los requisitos para recibir cobertura de Senior Advantage y del Grupo, es posible que lo reúna para cambiarse a nuestro plan individual fuera 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 posteriores a la fecha de nuestra carta de cancelación o a 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 de *acuerdo*" en la sección "Cancelación de membresía".

Disposiciones diversas

Administración del acuerdo

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración ordenada y eficaz del *acuerdo* de su Grupo, incluida esta *EOC*.

Enmiendas al *acuerdo*

El *acuerdo* de su Grupo con nosotros cambiará periódicamente. Si estos cambios afectan esta *EOC*, su Grupo debe informarle de acuerdo con las leyes aplicables y con el *acuerdo* de su Grupo.

Solicitudes y declaraciones

Usted deberá completar las solicitudes, los formularios y las declaraciones que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales o según se indique en esta *Evidencia de Cobertura*.

Cesión

Usted no puede ceder esta *EOC* ni ninguno de los derechos, los intereses, los reclamos de dinero adeudado, las obligaciones o los 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 de sus propios gastos y honorarios, incluidos los honorarios de abogados y defensores, y otros gastos.

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 conforme a esta *EOC*. Para realizar esta evaluación, interpretaremos las disposiciones de esta *EOC* de forma independiente. Podemos revisar las reclamaciones con la ayuda de expertos médicos. Si la cobertura conforme a esta *EOC* está sujeta a la reglamentación del procedimiento de reclamaciones (29 CFR 2560.503-1) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA), entonces somos un "fiduciario de reclamaciones reconocido" para revisar reclamaciones conforme a esta *EOC*.

EOC 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 ERISA

Esta sección se aplica solamente si el plan de beneficios de su Grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA). Proporcionamos estos avisos para ayudar a los grupos cubiertos por la ERISA a que cumplan con esta ley. La

cobertura de los Servicios que se describen en estos avisos está sujeta a todas las disposiciones de esta *EOC*.

Ley de Protección de la Salud de la Madre y los Recién Nacidos

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 permanencia en el hospital relacionada con el parto para la madre 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, exigir 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 sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

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 por el mismo Costo Compartido correspondiente a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados a través de este plan.

Legislación vigente

Excepto cuando tengan precedencia las leyes federales, esta *EOC* se registrará 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*.

Grupos y Miembros que no son nuestros agentes

Ni su Grupo ni ningún Miembro es agente o representante del Plan de Salud.

Sin exención

El hecho de que no hagamos cumplir alguna de las disposiciones de esta *EOC* no constituirá una renuncia a dicha disposición ni a ninguna otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de cualquier disposición.

Avisos

Le enviaremos cualquier notificación 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 nuestra Central de Llamadas de 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 darnos su nueva dirección. Si un Miembro no vive con el Suscriptor o necesita que se envíe información confidencial a una dirección distinta de la del Suscriptor, debe comunicarse con nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros para analizar otras opciones de entrega.

Nota: Cuando informemos al Grupo acerca de cambios en esta *EOC* 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 haber recibido la información que le enviamos.

Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los que Medicare no es el pagador primario. Según las normas de los CMS en las secciones 422.108 y 423.462 del Título 42 del CFR, Kaiser Permanente 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 reglas 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/espanol o llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros. Si desea compartir con la junta alguna opinión personal sobre la política pública del Plan de Salud, por favor 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 de nuestro plan

Si necesita ayuda, por favor llame o escriba a Servicios a los Miembros de nuestro plan. Nos dará mucho gusto poder ayudarle.

Servicio a los Miembros. Información de contacto

Llame 1-800-443-0815

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Servicio a los Miembros también ofrece servicios gratuitos de interpretación de idiomas para las personas que no hablan inglés.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete 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 [Provider Directory]* para encontrar la ubicación de las oficinas).

Sitio web kp.org/espanol

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de 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 el monto que pagaremos por los servicios médicos que reciba.
- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.
- Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de los proveedores de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas sobre los pagos ni la 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

Llame 1-800-443-0815

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Si su decisión de cobertura, apelación o queja **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, tal como se describe en "Decisiones de 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 siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Fax

Si su decisión de cobertura, apelación o queja **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de Revisiones Aceleradas al **1-888-987-2252**.

Escriba Para solicitar una **decisión normal de cobertura o presentar una queja**, escriba a su oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores [Provider Directory]* para encontrar la ubicación de las oficinas).

Para una **apelación normal**, escriba a la dirección que se encuentra en la notificación de denegación que le enviamos.

Si su decisión de cobertura, apelación o queja **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, escriba a:
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Expedited Review Unit
P.O. Box 23170
Oakland, CA 94623-0170

Fax 1-866-206-2974

Escriba Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Part D Unit
P.O. Box 23170
Oakland, CA 94623-0170

Sitio web kp.org/espanol

Sitio web de Medicare. Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, visite <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicite una decisión de cobertura o presente una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D

- Una decisión de cobertura es una determinación sobre los beneficios y la cobertura, o sobre la cantidad que pagaremos por los medicamentos recetados que tienen cobertura en sus beneficios médicos de la Parte D de nuestro plan.
- Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre la cobertura.

Si desea obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o cómo presentar una apelación sobre sus medicamentos recetados de la Parte D, consulte la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas". Llámenos si tiene alguna pregunta sobre el proceso de decisiones de cobertura o sobre el proceso de apelación.

Decisiones de cobertura o apelaciones de los medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto

Llame 1-866-206-2973

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete días de la semana, de 8:30 a. m. a 5 p. m.
Si su decisión de cobertura, apelación o queja **reúne los requisitos para recibir una decisión rápida**, 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.
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 siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Cómo comunicarse con nosotros cuando presente una queja sobre los 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 su atención. Este tipo de queja no abarca disputas sobre cobertura o pagos. (Si su problema es sobre cobertura o pagos de nuestro plan, debe consultar la sección anterior sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o presentar apelaciones). Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre los medicamentos de venta con receta de la Parte D, consulte la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas".

Quejas sobre los medicamentos recetados de la Parte D. Información de contacto

Llame 1-800-443-0815

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.
Si su queja **reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada**, puede llamar a la Unidad de la Parte D al 1-866-206-2973, de 8:30 a. m. a 5 p. m., los siete días de 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 siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Fax Si su queja reúne los requisitos para recibir una revisión rápida, envíe su solicitud por fax a nuestra Unidad de la Parte D al 1-866-206-2974.

Escriba Para presentar una **queja normal**, escriba a la oficina local de Servicio a los Miembros (consulte el *Directorio de proveedores [Provider Directory]* para encontrar la ubicación de las oficinas).

Si su queja **reúne los requisitos para recibir una decisión acelerada**, escriba a:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
Part D Unit
P.O. Box 23170
Oakland, CA 94623-0170

Sitio web de Medicare. Puede presentar una queja acerca de nuestro plan directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea ante Medicare, visite 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

Consulte la sección "Solicitudes de pago" si desea obtener más información sobre las situaciones en las que quizás necesite pedirnos un reembolso o que paguemos una factura que haya recibido de un proveedor.

Nota: Si nos envía una solicitud de pago y nosotros rechazamos alguna parte de su solicitud, puede apelar esta decisión. Consulte la sección "Decisiones de cobertura, apelaciones y quejas" para obtener más información.

Solicitudes de pago. Información de contacto

Llame 1-800-443-0815

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete 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., los siete días de la semana.

TTY 711

Las llamadas a este número son gratuitas.
Los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Escriba Kaiser Permanente
Claims Administration, NCAL
P.O. Box 24010
Oakland, CA 94623-1010

Si está solicitando el pago de un medicamento de la Parte D que recetó y entregó un Proveedor del Plan, puede enviar su solicitud por fax al **1-866-206-2974** o escribirnos a P.O. Box 23170, Oakland, CA 94623-0170 (Attention: Part D Unit).

Sitio web kp.org/espanol

Medicare

Cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare

Medicare es un programa federal de seguro médico para personas mayores de 65 años, ciertas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con insuficiencia renal crónica en fase 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

Llame 1-800-633-4227

Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los siete días de la semana.

TTY 1-877-486-2048

Las llamadas a este número son gratuitas.

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 para ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye folletos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.

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 sobre el estado de la elegibilidad de Medicare.

Buscador de Planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos de venta con receta disponibles de Medicare, los Planes de Salud de Medicare y las pólizas de Medigap (Seguro Complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas le ofrecen un *cálculo aproximado* de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare.

También puede usar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre nuestro plan.

Hágale saber a Medicare sobre su queja:

Puede presentar una queja sobre nuestro plan directamente ante Medicare. Para enviar una queja 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 computadora, puede visitar nuestro sitio web desde una computadora de una biblioteca o un centro para personas de edad avanzada de su área. También puede llamar a Medicare y solicitar la información que necesita. Ellos la buscarán en el sitio web, la imprimirán y se la enviarán. También puede llamar a Medicare al **1-800-633-4227** (los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los siete días de la semana.

Programa Estatal de Asistencia de Seguros de Salud

Ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare

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

El Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico es un programa independiente (no está relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud). Es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal y ofrece asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro Médico pueden ayudarle con sus preguntas o problemas sobre Medicare. Por ejemplo, pueden proporcionarle información sobre sus derechos como beneficiario de Medicare, ayudarle a presentar quejas sobre los Servicios o tratamientos y colaborar para solucionar cualquier problema con las facturas de Medicare. Los consejeros del Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Salud también pueden ayudarle a comprender las diferentes opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Asesoramiento y Defensoría del Seguro de Médico (programa de ayuda para el seguro médico del estado de California). Información de contacto

Llame 1-800-434-0222

Las llamadas a este número son gratuitas.

TTY 711

Escriba a La oficina del HICAP de su condado.

Sitio web www.aging.ca.gov/HICAP/ (en inglés)

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

Comuníquese con Livanta si:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Considera que la cobertura para su hospitalización termina demasiado pronto.
- Cree que su cobertura de servicios atención de salud a domicilio, atención en una Instalación de Enfermería Especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF) finalizará antes de tiempo.

Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de California). Información de contacto

Llame 1-877-588-1123

Las llamadas a este número son gratuitas. De lunes a viernes, de 8 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

Escriba Livanta
BFCC QIO Program
10820 Guilford Road, Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701 1105

Sitio web www.BFCCQIOArea5.com (en inglés)

Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad de una persona para Medicare y de gestionar la inscripción. Los ciudadanos y los residentes legales permanentes de los Estados Unidos mayores de 65 años o que tengan una discapacidad o insuficiencia renal terminal, y que además cumplan ciertas condiciones, son elegibles para recibir Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, su inscripción en Medicare es automática. De lo contrario, tiene que inscribirse en Medicare. El Seguro Social se encarga del proceso de inscripción de Medicare. Si desea inscribirse en Medicare, puede llamar a un representante del Seguro Social o visitar la oficina local.

El Seguro Social también es responsable de determinar quién tiene que pagar un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D por tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social para comunicarle que debe pagar una cantidad adicional y tiene preguntas sobre esa cantidad o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar que reconsideren su caso.

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

Seguro Social. Información de contacto

Llame 1-800-772-1213

Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social las 24 horas del día y obtener información grabada.

TTY 1-800-325-0778

Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Sitio web <https://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 son elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de Medicare Parte A y Parte B, así como otros Costos Compartidos. Algunas personas que tienen QMB también reúnen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (QMB+).
- **Beneficiario Específico de Medicare de Bajos Ingresos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. Algunas personas que tienen SLMB también reúnen los requisitos para recibir los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).
- **Persona Cualificada (Qualified Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas Discapacitadas que Trabajan y Reúnen los Requisitos (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Comuníquese con Medi-Cal para obtener más información sobre Medicaid y sus programas.

Medi-Cal (programa de Medicaid para California). Información de contacto

Llame 1-800-952-5253

Las llamadas a este número son gratuitas. Puede usar los servicios telefónicos automatizados de Medi-Cal las 24 horas del día y obtener información grabada.

TTY 1-800-952-8349

Escriba California Department of Social Services
744 P Street
Sacramento, CA 95814

Sitio web <http://www.cdss.ca.gov/> (en inglés)

Junta de Jubilación para Ferroviarios

La Junta de Jubilación para 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 para 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 para Ferroviarios. Información de contacto

Llame 1-877-772-5772

Las llamadas a este número son gratuitas.
Disponible de 9 a. m. a 3:30 p. m., de lunes a viernes.

Si tiene un teléfono de marcado por tonos, puede acceder a información grabada y servicios automatizados las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.

TTY 1-312-751-4701

Las llamadas a este número *tienen* costo.

Sitio web <https://secure.rrb.gov/> (en inglés)

Seguro de Grupo u otro seguro de salud 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 periodos de inscripción.

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

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).

Russian

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អឺល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: **711**)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus **Hmoob**, coy key pab txog lus, muaj key pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY: **711**) पर कॉल करें।

Thai

an: tim illtion-uilvim ill□□armilfuinili□□oni□□avin□□mnlba 1vil 1#800-443-0815 (TTY: **711**).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **5180-344-008-1** (رقم هاتف الصم والبكم: **117**).

