



**GOLD KIDNEY
HEALTH PLAN**

Evidencia de Cobertura

**2023 Gold Kidney de Arizona
Arizona Súper Plus
(HMO C-SNP)**

1 de enero – 31 de diciembre de 2023

Evidencia de Cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para miembros al (480) 970-7007 o al número gratuito 1-844-294-6535 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana a partir del 1 de octubre. – 31 de ^{marzo} y de 8:00 am a 8:00 pm hora local, de lunes a viernes del 1 de abril al ³⁰ de ^{septiembre} .

Este plan, Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), es ofrecido por Gold Kidney of Arizona. (Cuando esta Evidencia de Cobertura dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Gold Kidney of Arizona. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, significa Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español.

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

El formulario, la red de farmacias y/o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso cuando sea necesario. Notificaremos a los afiliados afectados sobre los cambios con al menos 30 días de anticipación.

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

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

Tabla de contenido**Evidencia de Cobertura 2023****Tabla de contenido**

CAPÍTULO 1: <i>Primeros pasos como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?	7
SECCION 3 Materiales importantes de membresía que recibirá	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre tu prima mensual.....	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de su plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPITULO 2: <i>Números de teléfono importantes y recursos</i>	20
SECCIÓN 1 Contactos de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)	21
SECCIÓN 2 Seguro médico del estado (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)	29
SECCION 3 Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)	31
SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad	32
SECCIÓN 5 Seguridad Social	33
SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad.....	34
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados	35
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario	38
SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?.....	38
CAPÍTULO 3: <i>Usando el planeres tus servicios médicos</i>	40
SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan.....	41
SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica.....	43
SECCION 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre	47
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?.....	50
SECCIÓN 5 ¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un “estudio de investigación clínica”?	51

Tabla de contenido

SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de atención médica no médica”.....	53
SECCIÓN 7	Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos.....	54
CAPÍTULO 4:	<i>Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que pagas)</i>	56
SECCIÓN 1	Comprender los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	57
SECCIÓN 2	Use la <i>Tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará	58
SECCION 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	101
CAPÍTULO 5:	<i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D</i>	104
SECCIÓN 1	Introducción	105
SECCIÓN 2	Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	105
SECCION 3	Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan	108
SECCIÓN 4	Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	111
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera?	112
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia su cobertura para uno de sus medicamentos?.....	115
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	118
SECCIÓN 8	llenar una receta	120
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	120
SECCIÓN 10	Programas de seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos.....	122
CAPÍTULO 6:	<i>Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D</i>	125
SECCIÓN 1	Introducción	126
SECCIÓN 2	Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento	128
SECCIÓN 3	Te enviamos informes que explican los pagos de tus medicamentos y en qué etapa de pago te encuentras	129
SECCIÓN 4	No hay deducible para Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).....	131
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte	131
SECCIÓN 6	Costos en la Etapa de Brecha de Cobertura	136
SECCIÓN 7	Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos	137

Tabla de contenido

SECCIÓN 8	Información de beneficios adicionales.....	137
SECCIÓN 9	Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los obtengas	138
CAPÍTULO 7: <i>Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>.....		
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	141
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que ha recibido.....	143
SECCION 3	Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no.	144
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sus sensibilidades culturales como miembro del plan.....	146
SECCIÓN 2	Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	153
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tienes un problema o queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>.....		
SECCIÓN 1	Introducción	156
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	156
SECCION 3	Para hacer frente a su problema, ¿qué proceso debe utilizar?	157
SECCIÓN 4	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones.....	158
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	161
SECCIÓN 6	Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	169
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto.....	179
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto	186
SECCIÓN 9	Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá.....	193
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	196
CAPÍTULO 10: <i>Terminar su membresía en el plan</i>		
SECCIÓN 1	Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan	201
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	201
SECCION 3	¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?.....	204

Tabla de contenido

SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan	204
SECCIÓN 5	Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones	206
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	208
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley vigente	209
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	209
SECCION 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare	209
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes.</i>	210

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Actualmente está inscrito en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), que es un plan Medicare Advantage especializado ("Plan de necesidades especiales")
--------------------	---

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su atención médica de Medicare y su cobertura de medicamentos recetados a través de nuestro plan, Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) [es un plan HMO de Medicare Advantage \(HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud\) aprobado por Medicare y administrado por una empresa privada.](#)

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “plan de necesidades especiales” de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades especiales de atención médica. Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica y/o diabetes . También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de las personas con estas condiciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos recetados para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que generalmente se usan para tratar los trastornos cardiovasculares, la insuficiencia cardíaca crónica y/o la diabetes . Como miembro del plan, obtiene beneficios especialmente adaptados a su condición y tiene toda su atención coordinada a través de nuestro plan.

La cobertura bajo este Plan califica como Cobertura de Salud Calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families para más información.

Sección 1.2	¿De qué trata el documento de <i>Evidencia de Cobertura</i> ?
--------------------	--

Este documento *de Evidencia de Cobertura* le indica cómo obtener atención médica y medicamentos recetados. Explica sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está satisfecho con una decisión o tratamiento.

Las palabras “cobertura” y “servicios cubiertos” se refieren a la atención médica y los servicios y los medicamentos recetados disponible para usted como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Lo alentamos a que dedique algo de tiempo para leer este documento *de Evidencia de Cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene una pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la Evidencia de Cobertura

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted acerca de cómo Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) y cualquier aviso que reciba de nosotros sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten su cobertura. Estos avisos a veces se denominan "cláusulas adicionales" o "enmiendas".

El contrato tiene vigencia durante los meses en los que esté inscrito en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de diciembre de 2023.

Cada año calendario, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) después del 31 de diciembre de 2023. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2023.

Medicare (los Centros de Medicare & Servicios de Medicaid) debe aprobar Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) cada año. Puede continuar cada año para obtener la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos continuar ofreciendo el plan y Medicare renueve su aprobación del plan.

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

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre que:

- Tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B
- -- y -- usted vive en nuestra área geográfica de servicio (la Sección 2.2 a continuación describe nuestra área de servicio). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- usted cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que tienen ciertas condiciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener Trastornos Cardiovasculares, Insuficiencia Cardíaca Crónica y/o Diabetes.

- Tenga en cuenta: Si pierde su elegibilidad pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado continuo). elegibilidad).

Sección 2.2	Esta es el área de servicio del plan Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP)
--------------------	---

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) está disponible solo para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Arizona: Gila, Maricopa, Pima y Pinal.

Si planea mudarse fuera del área de servicio, no puede seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para miembros para ver si tenemos un plan en su nueva área. Cuando se mude, tendrá un Período de inscripción especial que le permitirá cambiarse a Medicare Original o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

También es importante que llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

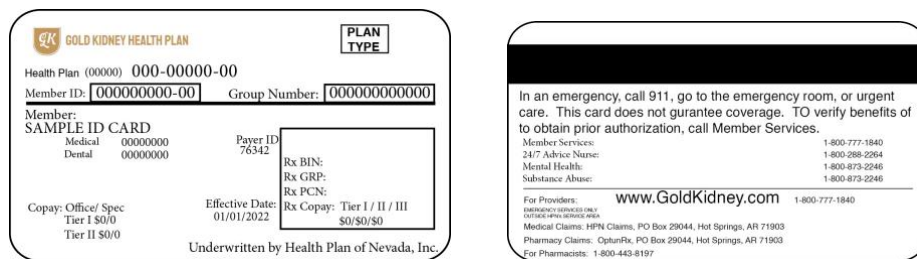
Sección 2.3	Ciudadano estadounidense o presencia legal
--------------------	---

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Medicare & Servicios de Medicaid) notificará a Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro sobre esta base. Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) debe desafiliarlo si no cumple con este requisito.

SECCION 3 Materiales importantes de membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que obtenga los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos recetados que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí hay una tarjeta de membresía de muestra para mostrarle cómo se verá la suya:



NO use su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de membresía Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), es posible que deba pagar el costo total de los servicios médicos usted mismo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que se le solicite que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de cuidados paliativos o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, se pierde o se la roban, llame a Servicios para miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *directorio de proveedores* enumera los proveedores de nuestra red y proveedores de equipos médicos duraderos. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipos médicos duraderos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son emergencias, servicios de urgencia cuando la red no está disponible (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Gold Kidney de Arizona Super Plus (HMO C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red .

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

La lista más reciente de proveedores y proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/2023-care-directory .

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

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias enumera las farmacias de nuestra red. **Las farmacias** de la red son todas las farmacias que han aceptado surtir recetas cubiertas para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de farmacias* , puede obtener una copia de Servicios para miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/2023-care-directory .

Sección 3.4 La Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario) del plan

El plan tiene una *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* . Lo llamamos la "Lista de medicamentos" para abreviar. Indica qué medicamentos recetados de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la lista de medicamentos Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).

La Lista de Medicamentos también le informa si existen reglas que restringen la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. La Lista de medicamentos que le proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan www.goldkidney.com/2023-formulary o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Prima del Plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Prima de beneficio suplementario opcional (Sección 4.3)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 4.4)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.5)

Sección 4.1	prima del plan
--------------------	-----------------------

No paga una prima mensual separada del plan Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare**Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare**

Debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A que afecta a los miembros que no son elegibles para la Parte A sin prima.

Como miembro de Gold Kidney Super Plus (HMO C-SNP), Gold Kidney reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare en \$25. La reducción la establece Medicare y la administra la Administración del Seguro Social (SSA). Dependiendo de cómo pague su prima de Medicare Parte B, su reducción se puede acreditar en su cheque del seguro social o en su declaración de la prima de Medicare Parte B.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días seguidos o más en los que no tuvo la Parte D o otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. La “cobertura acreditable de medicamentos recetados” es una cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), le informamos el monto de la multa. Si no paga la multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos recetados.

No **tendrás** que pagarlo si:

- Recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede ser enviada a usted en una carta o incluida en un boletín informativo del plan. Guarde esta información porque es posible que la necesite si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- **Nota:** Cualquier notificación debe indicar que usted tenía una cobertura de medicamentos recetados "acreditable" que se espera que pague tanto como paga el plan estándar de medicamentos recetados de Medicare.
- **Nota:** Las siguientes *no* son coberturas válidas para medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos para medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Así es como funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si lleva 14 meses sin cobertura, la sanción será del 14%.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación del año anterior. Para 2023, el monto promedio de la prima es de \$42.60.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de multa y la prima mensual promedio y luego redondee a los 10 centavos más cercanos. En el ejemplo aquí sería 14% multiplicado por \$42,60 , lo que equivale a \$5,96. Esto se redondea a \$6.00. Esta cantidad se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

Hay tres cosas importantes a tener en cuenta sobre esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- Primero, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **continuará pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- En tercer lugar, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se restablecerá cuando cumpla 65 años. Después de los 65 años, su multa por inscripción tardía en la Parte D se basará únicamente en los meses que no tenga cobertura después de su período de inscripción inicial para la edad en Medicare.

Si no está de acuerdo con la multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que recibe indicando que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera una revisión de la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, es posible que se le cancele la inscripción por no pagar las primas de su plan.

Sección 4.5 Importe del ajuste mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos de la Parte D, también conocido como IRMAA. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-para-planes-de-drogas> .

Si tiene que pagar una cantidad adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta informándole cuál será esa cantidad adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, la Junta de Retiro Ferroviario o la Oficina de Administración de Personal, sin importar cómo pague normalmente la prima de su plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si su cheque de beneficios no es suficiente para cubrir el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar la cantidad adicional al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual de su plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.**

Si usted no está de acuerdo con pagar una cantidad adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre tu prima mensual**Sección 5.1 Si paga una multa por inscripción tardía de la Parte D, hay varios [formas en que puede pagar su multa](#)**

Hay cuatro formas de pagar la multa.

Opción 1: pagando con cheque

Puede pagar con cheque utilizando la factura de facturación y el sobre de devolución que le enviaremos. Si elige esta opción, su factura se genera el día 5 de cada mes y el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D vence al momento de la recepción. Su multa por inscripción tardía de la Parte D vence mensualmente. Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Haga su cheque a nombre de "Gold Kidney of Arizona". También puede usar un giro postal si no tiene una cuenta corriente.
- Incluya la factura de facturación junto con su pago y utilice el sobre de respuesta provisto.
 - Si no utiliza el sobre de respuesta, envíe su pago a la siguiente dirección: Gold Kidney de Arizona, Inc., A la atención de: Primas del plan, PO Box 14050, Scottsdale, AZ 85267
 - Escriba su número de identificación de miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) en su cheque. Puede encontrar su número de identificación de miembro en la esquina superior derecha de su factura de facturación.

Opción 2: Pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D electrónicamente a través de un retiro de su cuenta bancaria

Puede hacer que su multa por inscripción tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta corriente o de ahorros cada mes. El programa es gratuito y elimina la necesidad de enviar un cheque todos los meses. Para elegir esta opción, comuníquese con Servicios para miembros. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto. Generalmente, retiraremos el pago de su cuenta bancaria el día 1 de cada mes. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Opción 3: Hacer que su multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cheque mensual de la Junta de Retiro Ferroviario. Comuníquese con Servicios para miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto.

Opción 4: Tener su Parte D multa por inscripción tardía deducida de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la multa por inscripción tardía de la Parte D se descuenta de su cuenta mensual del Seguro Social controlar. Comuníquese con Servicios para miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa de esta manera. Estaremos encantados de ayudarle a configurar esto. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Cambiando la forma en que paga su prima.

Si decide cambiar la forma en que paga su prima, su nuevo método de pago puede demorar hasta tres meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la prima de su plan se pague a tiempo. Para cambiar el

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

método de pago de su prima, llame a servicios para miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar su Parte D penalización por inscripción tardía

La multa por inscripción tardía de la Parte D vence en nuestra oficina el día ²⁵ de cada mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, esa multa debe pagarse en nuestra oficina antes del día ²⁵ de cada mes. Si no recibimos su pago antes del día ²⁵ de cada mes, le enviaremos un aviso informándole que su membresía del plan finalizará si no recibimos su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, dentro de los 30 días. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados .

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se debe, a tiempo, comuníquese con Servicios para miembros para ver si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si finalizamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, tendrá cobertura de salud bajo Original Medicare. Además, es posible que no pueda recibir la cobertura de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el período de inscripción anual. (Si no tiene cobertura de medicamentos “acreditable” durante más de 63 días, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga cobertura de la Parte D).

En el momento en que finalizamos su membresía, es posible que aún nos deba la multa que no pagó. En el futuro, si desea inscribirse nuevamente en nuestro plan (u otro plan que ofrecemos), deberá pagar la cantidad que debe antes de poder inscribirse.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja); consulte el Capítulo 7 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estuvo fuera de su control y provocó que no pudiera pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, si se le debe, dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. Para quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. El Capítulo 9, Sección 10 de este documento le indica cómo presentar una queja o puede llamarnos al ⁸⁴⁴⁻²⁹⁴⁻⁶⁵³⁵ entre las 8:00 a. m. y las 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana del 1 de octubre al 30 de marzo. y entre las ^{8:00} am y las 8:00 pm, hora local, de lunes a viernes del 1 de abril al ³⁰ de septiembre. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar su solicitud a más tardar 60 días después de la fecha de finalización de su membresía.

Sección 5.2	¿Podemos cambiar la prima mensual de su plan durante el año?
--------------------	---

No. No podemos cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia para el próximo año, se lo informaremos en septiembre y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la debe, o que necesite comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si se vuelve elegible para el programa de "Ayuda adicional" o si pierde su elegibilidad para el programa de "Ayuda adicional" durante el año:

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y se vuelve elegible para "Ayuda adicional" durante el año, podría dejar de pagar su multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si pasa 63 días seguidos o más sin la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos recetados.

Puede obtener más información sobre el programa "Ayuda adicional" en el Capítulo 2, Sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado el registro de membresía de su plan

Su registro de membresía tiene información de su formulario de inscripción, incluyendo su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura de su plan específico, incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red del plan deben tener información correcta sobre usted. **Estos proveedores de la red usan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted** . Por ello, es muy importante que nos ayudes a mantener tu información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en su nombre, su dirección o su número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro de salud que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos de un accidente automovilístico
- Si ha sido admitido en un asilo de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o fuera de la red
- Si su parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si está participando en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Si alguna parte de esta información cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros. Puede agregar o actualizar su información a través de nuestro portal para miembros, www.goldkidney.com.

También es importante comunicarse con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Puede encontrar números de teléfono e información de contacto del Seguro Social en el Capítulo 2, Sección 5.

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare requiere que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Eso es porque debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con sus beneficios bajo nuestro plan. Esto se llama **Coordinación de Beneficios**.

Una vez al año, le enviaremos una carta que enumera cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que conozcamos. Lea atentamente esta información. Si es correcto, no necesita hacer nada. Si la información es incorrecta o si tiene otra cobertura que no aparece en la lista, llame a Servicios para miembros. Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal del empleador), hay reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro paga primero. El seguro que paga primero se llama “pagador primario” y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado “pagador secundario”, solo paga si quedan costos no cubiertos por la cobertura primaria. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, informe a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura del plan de salud grupal del empleador o sindicato:

- Si tiene cobertura para jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según la edad, la discapacidad o la enfermedad renal en etapa terminal. enfermedad (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado, y usted o un miembro de su familia todavía está trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge todavía están trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

un empleador en un plan de múltiples empleadores que tiene más de 20 empleados.

- Si tiene Medicare debido a ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)
- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación de trabajadores

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

CAPITULO 2:

Números de teléfono importantes y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamos, facturación o preguntas sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para Miembros de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP). Estaremos encantados de ayudarte.

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR	<p>1-844-294-6535</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.• 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales. <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.• 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales.
FAX	<p>1-480-716-7555</p>

Método	Servicios para miembros: información de contacto
ESCRIBE	Gold Kidney Health Plan Inc. ATENCIÓN: Servicios para los miembros P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando solicita una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos recetados de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o medicamentos recetados de la Parte D, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto
LLAMAR	1-844-294-6535 Las llamadas a este número son libre. Horas de operación: <ul style="list-style-type: none">• 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.• 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales. Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral. Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales.
FAX	1-480-716-7555
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. ATENCIÓN: Decisiones de cobertura médica P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267</p> <p>Gold Kidney Health Plan Inc. ATENCIÓN: Apelaciones P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMAR	<p>1-888-672-7206</p> <p>Las llamadas a este número son libre. El horario de atención es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y • Sábado y domingo, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Los servicios gratuitos de interpretación de idiomas están disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. El horario de atención es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y • Sábado y domingo, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico
FAX	<p>1-858-790-7100 para decisiones de cobertura de la Parte D</p> <p>1-858-790-6060 para apelaciones de la Parte D</p>
ESCRIBE	<p>MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATENCIÓN: Departamento de Autorización Previa 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131</p> <p>MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATENCIÓN: Departamento de Apelaciones 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131</p>
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no involucra

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

disputas de cobertura o pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja sobre su atención médica, consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*).

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
LLAMAR	<p>1-844-294-6535</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales. <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales.
FAX	1-480-716-7555
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. ATENCIÓN: Quejas P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre la atención médica: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAMAR	<p>1-888-672-7206</p> <p>Las llamadas a este número son libre. El horario de atención es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y • Sábado y domingo, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Los servicios gratuitos de interpretación de idiomas están disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. El horario de atención es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y • Sábado y domingo, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBE	<p>MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATENCIÓN: Departamento de Quejas 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Dónde enviar una solicitud solicitando que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o un medicamento que haya recibido**

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor . Consulte el Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*).

Tenga en cuenta: Si nos envía una solicitud de pago y rechazamos cualquier parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 (*Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)*) para obtener más información.

Método	Solicitudes de pago para servicios médicos: información de contacto
LLAMAR	<p>1-844-294-6535</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales. <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago para servicios médicos: información de contacto
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. <p>1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales.</p>
FAX	1-480-716-7555
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. ATENCIÓN: Reembolso de miembros P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Método	Solicitudes de pago para medicamentos de la Parte D: información de contacto
LLAMAR	<p>1-888-672-7206</p> <p>Las llamadas a este número son libre. El horario de atención es:</p> <ul style="list-style-type: none"> de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y Sábado y domingo, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Los servicios gratuitos de interpretación de idiomas están disponibles para personas que no hablan inglés.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago para medicamentos de la Parte D: información de contacto
TTY	711 Las llamadas a este número son libre. El horario de atención es: <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y • Sábado y domingo, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico
FAX	1-858-549-1569
ESCRIBE	MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATENCIÓN: Reclamos (Reembolsos) Apartado postal 509098 San Diego, CA 92150-09108 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com
SITIO WEB	www.goldkidney.com

SECCIÓN 2 Seguro médico del estado (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare)

Medicare es el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Medicare. & Servicios de Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluidos nosotros.

Método	Medicare: información de contacto
LLAMAR	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratis. 24 horas al día, 7 días a la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libre.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="483 264 732 296">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="483 302 1373 552">Este es el sitio web oficial del gobierno para Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="483 558 1393 659">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad para Medicare y opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="532 665 1364 993" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="532 665 1317 737">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare. <li data-bbox="532 743 1364 993">• Buscador de planes de Medicare: Brinda información personalizada sobre los planes de medicamentos recetados de Medicare disponibles, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro complementario de Medicare) en su área. Estas herramientas brindan una <i>estimación</i> de cuáles podrían ser sus costos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="483 999 1352 1100">También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP):</p> <ul data-bbox="532 1106 1393 1329" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="532 1106 1393 1329">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="483 1335 1393 1581">Si no tiene una computadora, su biblioteca local o centro para personas mayores pueden ayudarlo a visitar este sitio web usando su computadora. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y revisarán la información con usted. (Puede llamar a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).</p>

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

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP) es un programa gubernamental con asesores capacitados en todos los estados . [En Arizona, el SHIP se llama Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona \(SHIP\).](#)

El Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos del Estado de Arizona es un programa estatal independiente (no relacionado con ninguna compañía de seguros o plan de salud) que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros médicos a las personas con Medicare.

Los asesores del Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Arizona pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Arizona también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas de Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL BUQUE y OTROS RECURSOS:

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

Método	Programa de asistencia de seguro de salud del estado de Arizona: información de contacto
LLAMAR	1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de asistencia de seguro de salud del estado de Arizona: información de contacto
ESCRIBE	DES División de Servicios para Adultos y Personas Mayores Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona 1789 oeste de la calle Jefferson, #950A Phoenix, Arizona 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad

Hay una Organización de mejora de la calidad designada para atender a los beneficiarios de Medicare en cada estado. Para Arizona, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta tiene un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a quienes paga Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está conectado con nuestro plan.

Debe ponerse en contacto con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Tiene una queja sobre la calidad de la atención que ha recibido.
- Cree que la cobertura de su estadía en el hospital finaliza demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de su atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) finaliza demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arizona) – Información de contacto
LLAMAR	1-877-588-1123 Horas de operación: <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); • Fines de semana/Festivos, 11:00 h. a las 15:00 (hora local); • El servicio de correo de voz las 24 horas está disponible.
TTY	1-855-887-6668 Horas de operación: <ul style="list-style-type: none"> • de lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); • Fines de semana/Festivos, 11:00 h. a las 15:00 (hora local); • El servicio de correo de voz las 24 horas está disponible.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arizona) – Información de contacto
ESCRIBE	Livanta LLC Programa BFCC-QIO 10820 Guilford Rd, Ste. 202 Cruce de Annapolis, MD 20701-1105
SITIO WEB	www.livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguridad Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y manejar la inscripción para Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o enfermedad renal en etapa terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya está recibiendo cheques del Seguro Social, la inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, debe inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o visitar su oficina local del Seguro Social.

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

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

Método	Seguro Social – Información de contacto
LLAMAR	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son libre. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes. Puede usar los servicios telefónicos automatizados del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunos negocios las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son libre. Disponible de 8:00 am a 7:00 pm, de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Seguro de enfermedad

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda con los costos médicos a ciertas personas con ingresos y recursos limitados. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid.

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

- **Beneficiario Calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (QMB+).)
- **Beneficiario de Medicare de bajos ingresos especificado (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid (SLMB+).)
- **Individuo Calificado (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Calificado discapacitado & Individuos que trabajan (QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y sus programas, comuníquese con el Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS).

Método	Sistema de contención de costos de atención médica de Arizona (AHCCCS): información de contacto
LLAMAR	1-855-432-7587 Las llamadas a este número son libre. Horas : Lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local)
TTY	1-800-842-6520 Las llamadas a este número son libre. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBE	801 E. Calle Jefferson Phoenix, Arizona 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos recetados

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) brinda información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos recetados. Para las personas con ingresos limitados, también existen otros programas de asistencia, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda adicional” para pagar los costos de los medicamentos recetados para las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o automóvil. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual, el deducible anual y los copagos de recetas de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta “Ayuda Adicional” también cuenta para los costos de su bolsillo.

Si califica automáticamente para “Ayuda adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrás que aplicar. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener "Ayuda adicional" para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para ver si califica para obtener "Ayuda adicional", llame al:

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

Si cree que ha calificado para "Ayuda adicional" y cree que está pagando un monto de costo compartido incorrecto cuando obtiene su receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Documentación que demuestre que califica para "Ayuda adicional", que incluye:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que se convirtió en elegible para "Ayuda adicional". La fecha tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de "Ayuda adicional". Esta carta podría llamarse Información importante, Carta de adjudicación, Aviso de cambio o Aviso de acción. Una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que usted recibe Seguridad de Ingreso Suplementario. Si ese es el caso, también califica para "Ayuda adicional".

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa que se muestra tiene que ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
- Su estadía en el centro médico debe ser de al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
- Un estado de cuenta del centro que muestre el pago de Medicaid.
- Una copia de cualquier documento estatal o cualquier copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid por usted.
- Si primero muestra uno de los documentos enumerados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos también una copia. Envíe el documento a:

Gold Kidney Health Plan Inc.

ATENCIÓN: Documentación BAE de la Parte D

P.O. Box 14050

Scottsdale, AZ 85267

- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próxima receta en la farmacia. Si paga de más su copago, se lo reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por el monto de su sobrepago o compensaremos los copagos futuros. Si la farmacia no le ha cobrado un copago y tiene su copago como una deuda suya, podemos realizar el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos realizar el pago directamente al estado. Comuníquese con Servicios para miembros si tiene preguntas.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?**

El Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP) ayuda a las personas elegibles para ADAP que viven con VIH/SIDA a tener acceso a medicamentos contra el VIH que salvan vidas. Los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare que también están en el formulario ADAP califican para la asistencia de costos compartidos de medicamentos recetados del Programa de Asistencia de Medicamentos contra el SIDA de Arizona (ADAP).

Nota: Para ser elegible para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, que incluyen prueba de residencia en el estado y estado de VIH, bajos ingresos según lo definido por el estado y estado sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su trabajador local de inscripción de ADAP para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al Programa de asistencia de medicamentos contra el SIDA de Arizona (ADAP).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA de Arizona (ADAP) - Información del contacto
LLAMAR	1-800-334-1540 Horas de operación:
TTY	711
ESCRIBE	Departamento de Servicios de Salud de Arizona 150 ^{N.} 18 Avenida, Suite 110 Phoenix, Arizona 85007-3233
SITIO WEB	www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-diseasecontrol/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-faqs

¿Qué es el Programa de la Tarjeta Rx de Arizona?

La tarjeta Arizona Rx es un programa estatal gratuito de asistencia con medicamentos recetados diseñado para ayudar a los residentes de Arizona a pagar sus medicamentos recetados. Arizona Rx Card se lanzó en noviembre de 2009 y está disponible para todos los residentes de Arizona, independientemente de su edad o ingresos. El programa ofrece ahorros de hasta un 80% en medicamentos recetados.

Método	Tarjeta Arizona Rx - Información del contacto
LLAMAR	1-800-726-4232 Horas de operación:
TTY	711
ESCRIBE	Redes Unidas de América, Inc. 3636 S. Sherwood Forest Blvd. Torre Sherwood 440 Baton Rouge, LA 70816
SITIO WEB	www.arizonaxcard.com

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) ofrece cobertura de brecha adicional para insulinas seleccionadas. Durante la etapa del período sin cobertura, los costos de su bolsillo para las insulinas selectas serán de \$0 a \$35 por un suministro de un mes. Consulte el Capítulo 6, Sección 6 para obtener más información sobre su cobertura durante la etapa del período sin cobertura. Nota: Este costo compartido solo se aplica a los beneficiarios que no califican para un programa que ayuda a pagar sus medicamentos ("Ayuda adicional"). Para averiguar qué medicamentos son insulinas selectas, revise la Lista de medicamentos más reciente que proporcionamos electrónicamente. Puede identificar las insulinas selectas buscando los medicamentos marcados con "SI" en la Lista de medicamentos. Si tiene preguntas sobre la Lista

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

de medicamentos, también puede llamar a Servicios para miembros (los números de teléfono de Servicios para miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Retiro Ferroviario

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

Método	Junta de jubilación ferroviaria: información de contacto
LLAMAR	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son libre.</p> <p>Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m. los miércoles.</p> <p>Si presiona “1”, puede acceder a la línea de ayuda automatizada de RRB y a la información registrada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un “seguro de grupo” u otro seguro de salud de un empleador?

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

Si tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge) o grupo de jubilados, comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. El

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

administrador de beneficios puede ayudarlo a determinar cómo funcionará su cobertura actual de medicamentos recetados con nuestro plan.

CAPÍTULO 3: Usando el planeres tus servicios médicos

SECCIÓN 1 Cosas que debe saber sobre cómo obtener su atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para que su atención médica esté cubierta. Brinda definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos recetados y otra atención médica que cubre el plan.

Para obtener detalles sobre qué atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga cuando recibe esta atención, use la tabla de beneficios en el próximo capítulo, Capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y qué paga*).

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

- Los **“proveedores”** son médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otras instalaciones de atención médica.
- Los **“proveedores de la red”** son los médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su costo compartido como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores brinden servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente por la atención que le brindan. Cuando consulta a un proveedor de la red, solo paga su parte del costo de sus servicios.
- Los **“servicios cubiertos”** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los suministros, los equipos y los Medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Sus servicios cubiertos para atención médica se enumeran en la tabla de beneficios en el Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos recetados se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Reglas básicas para que el plan cubra su atención médica
--

Como plan de salud de Medicare, Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe seguir las reglas de cobertura de Original Medicare.

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) generalmente cubrirá su atención médica siempre que:

- **La atención que recibe está incluida en el Cuadro de Beneficios Médicos del plan** (este cuadro se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera médicamente necesaria** . “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

- **Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) de la red que brinda y supervisa su atención.** Como miembro de nuestro plan, debe elegir un PCP de la red (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.1 de este capítulo).
 - En la mayoría de las situaciones, su PCP de la red debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda utilizar otros proveedores de la red del plan, como especialistas, hospitales, centros de enfermería especializada o agencias de atención médica domiciliaria. A esto se le llama darle una “referencia”. Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren remisiones de su PCP para atención de emergencia o servicios de urgencia. También hay otros tipos de atención que puede obtener sin la aprobación previa de su PCP (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.2 de este capítulo).
- **Debe recibir su atención de un proveedor de la red** (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2 de este capítulo). En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no sea parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Aquí hay tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre esto y ver qué significan los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 2 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare requiere que nuestro plan cubra pero no hay especialistas en nuestra red que brinden esta atención, puede obtener esta atención de un proveedor fuera de la red al mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Se requiere autorización antes de obtener atención fuera de la red (excepto en emergencias médicas, en cuyo caso debe comunicarse después de estabilizarse). En esta situación, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 de este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente. El costo compartido que paga al plan por diálisis nunca puede exceder el costo compartido en Medicare Original. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, su costo compartido no puede exceder el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual dentro de la red para diálisis no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro del área de servicio de un proveedor fuera de la red del plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use proveedores en la red del plan para obtener su atención médica

Sección 2.1	Debes elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica
--------------------	--

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

Un “PCP” es su proveedor de atención primaria. Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. En la mayoría de los casos, necesitará la aprobación de su PCP para consultar a un especialista (esto se denomina obtener una "referencia" a un especialista). Su PCP brindará la mayor parte de su atención y lo ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que recibe como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

- Radiología (por ejemplo, radiografías o resonancias magnéticas)
- Pruebas de laboratorio
- Terapias (por ejemplo, fisioterapia)
- Atención de médicos especialistas
- Procedimientos ambulatorios
- Ingresos hospitalarios (excepto cuando se trate de una urgencia; ver apartado 3.1 de este capítulo),
- Atención de seguimiento después de un ingreso o procedimiento hospitalario, y
- Su visita anual de bienestar o examen físico anual.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención y cómo va. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación por adelantado de su PCP (como darle una remisión para ver a un especialista). En algunos casos, su PCP deberá obtener nuestra autorización previa (aprobación previa). Dado que su PCP brindará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. El Capítulo 8 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos y su información personal de salud.

¿Cómo elige a su PCP?

Si ya tiene un PCP, verifique que su PCP esté cubierto en la red Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) verificando que esté incluido en el *Directorio de proveedores*, que está disponible en www.goldkidney.com. Luego, llame a Servicios para miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para convertirlo oficialmente en su PCP.

Si su PCP actual no está en la red de Gold Kidney, o si no tiene un PCP, puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) si desea ayuda para identificar un PCP.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Cómo cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y usted deba buscar un nuevo PCP. Si cambia su PCP o su PCP deja nuestra red, este cambio puede resultar en limitaciones a especialistas u hospitales específicos que su PCP anterior utilizó para las remisiones.

Para hacer esto, llame a Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711). También puede enviar una solicitud por escrito al Departamento de Servicios para Miembros a la dirección que se encuentra en el Capítulo 2 de esta *Evidencia de Cobertura*. Podemos ayudarlo a seleccionar un nuevo PCP que sea adecuado para usted o, si ya tiene a alguien en mente, podemos registrarlo oficialmente por usted.

La fecha en que su cambio de PCP entra en vigencia variará según el momento en que solicite el cambio:

- Si solicita un cambio el día 9 de un mes o antes y aún no ha visto a su PCP ese mes, puede optar por que el cambio entre en vigencia retroactivamente al 1 de ese mes o que entre en vigencia el 1 de Siguiete mes.
- Si solicita un cambio el día 10 de un mes o después, o si ya visitó a su PCP ese mes, el cambio entrará en vigencia el primer día del mes siguiente.

En determinadas circunstancias, si solicita un cambio a partir del día 10 de un mes, puede solicitar una excepción a nuestra política y pedirnos que revisemos su solicitud para una fecha de vigencia retroactiva al 1 de ese mes. Las circunstancias de excepción incluyen:

1. No es un paciente establecido con su PCP actual (no ha visitado a este PCP antes);
2. Su PCP actual ya no está en la red Gold Kidney; o
3. Gold Kidney cometió un error al efectuar su selección de PCP actual.

Todos los reclamos se procesarán en función de quién era su PCP en el momento del servicio. Si necesita atención de especialistas u hospitales, su PCP lo derivará a un especialista u hospital con el que trabaje y pueda ayudar a coordinar la atención. Si tiene referencias abiertas al momento de cambiar de PCP, asegúrese de obtener una nueva referencia de su nuevo PCP.

Sección 2.2**¿Qué tipo de atención médica puede obtener sin una remisión de su PCP?**

Puede obtener los servicios que se enumeran a continuación sin obtener la aprobación previa de su PCP.

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de los senos, mamografías de detección (radiografías de los senos), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos siempre y cuando los obtenga de un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía, siempre que las obtenga de un proveedor de la red.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red
- Los servicios de urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.
- Servicios de diálisis renal que recibe en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. (Si es posible, llame a Servicios para Miembros antes de salir del área de servicio para que podamos ayudarlo a coordinar su diálisis de mantenimiento mientras está fuera).
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare de un proveedor de la red.
- Servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias.
- Todos los servicios preventivos de proveedores de la red. Consulte la Tabla de beneficios en el Capítulo 4 para identificar los servicios preventivos que tienen este símbolo: 🍏.

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

Un especialista es un médico que brinda servicios de atención médica para una enfermedad específica o una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Aquí están algunos ejemplos:

- Los oncólogos atienden a pacientes con cáncer.
- Los cardiólogos atienden a pacientes con afecciones cardíacas.
- Los ortopedistas atienden a pacientes con ciertas afecciones óseas, articulares o musculares.

Cuando su PCP crea que necesita un tratamiento especializado, le dará una remisión (la aprobación de su PCP) para ver a un especialista oa otros proveedores determinados de nuestra red.

Es importante obtener una remisión (la aprobación de su PCP) por adelantado de su PCP antes de ver a un especialista del plan oa otros proveedores determinados. (Consulte la sección anterior para obtener más detalles sobre las excepciones a esta regla). Si no tiene una remisión antes de recibir los servicios de un especialista, es posible que deba pagar estos servicios usted mismo.

Si el especialista quiere que regrese para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la remisión que recibió de su PCP para la primera visita cubra más visitas al especialista.

Si hay especialistas específicos que desea utilizar, averigüe primero si su PCP envía pacientes a estos especialistas. Cada PCP del plan puede tener ciertos especialistas a

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

quienes derivan pacientes.

No todos los hospitales están cubiertos por el plan. Si hay hospitales específicos que desea usar, primero debe averiguar si el hospital está cubierto por el plan.

- La selección de un PCP puede resultar en limitaciones a especialistas u hospitales específicos que su PCP anterior utilizó para las derivaciones.

¿Qué pasa si un especialista u otro proveedor de la red deja nuestro plan?

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

- Aunque nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare requiere que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Haremos un esfuerzo de buena fe para avisarle con al menos 30 días de anticipación que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado para continuar administrando sus necesidades de atención médica.
- Si está recibiendo tratamiento médico, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para garantizar que el tratamiento médicamente necesario que está recibiendo no se interrumpa.
- Si nuestra red no tiene un especialista calificado para un servicio cubierto por el plan, debemos cubrir ese servicio al costo compartido dentro de la red. Se necesita una autorización previa.
- Si descubre que su médico o especialista dejará su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no se está administrando adecuadamente, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, una queja sobre la calidad de la atención ante el plan, o ambos. Consulte el Capítulo 9.

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

En circunstancias limitadas, nuestro plan permitirá que los miembros vean proveedores fuera de la red para servicios cubiertos por Medicare. Estas circunstancias se describen a continuación (y se establecen en la Sección 1.2 de este

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

capítulo):

1. Atención de urgencias y emergencias en cualquier parte del mundo. Consulte el Capítulo 4, Sección 2 (Cuadro de beneficios médicos) para obtener detalles.
2. Cuando esté temporalmente fuera del área de servicio del plan pero permanezca en los Estados Unidos y sus territorios, cubriremos los servicios de diálisis renal de un centro de diálisis certificado por Medicare.
3. En el área de servicio del plan, puede recibir cualquier servicio cubierto por Medicare que la red de médicos y otros profesionales de atención médica, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica del plan no puedan brindar. Sin embargo, se requiere autorización previa del plan y le recomendamos que obtenga una remisión de su PCP antes de recibir atención fuera de la red. (Los proveedores de la red se describen en la Sección 1.1 de este capítulo). Usted, su PCP o su representante autorizado pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para realizar una solicitud de autorización previa. Llámenos al 1-844-294-6535 (TTY 711) (o para conocer otras formas de comunicarse con nosotros, consulte el Capítulo 2, Sección 1, " *Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan* ").

En las situaciones anteriores, cuando recibe atención de un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o sus territorios, se le puede pedir que pague más que si recibiera la atención de un proveedor de la red. Sin embargo, estos proveedores fuera de la red no pueden "facturar el saldo" por la diferencia entre lo que cobran por los servicios cubiertos por Medicare y lo que les paga el plan, más el monto de su costo compartido. (Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3 para obtener una explicación de la facturación del saldo). Si un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o sus territorios le factura más que el monto de su costo compartido por los servicios cubiertos, envíenos la factura. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener instrucciones sobre cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió).

SECCION 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1	Obtener atención si tiene una emergencia médica
--------------------	--

¿Qué es una “emergencia médica” y qué debe hacer si tiene una?

Una “**emergencia médica**” es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la muerte (y, si es una mujer embarazada, pérdida de un

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

niño por nacer), pérdida de una extremidad o función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Obtenga ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para obtener ayuda o vaya a la sala de emergencias o al hospital más cercano. Llame a una ambulancia si la necesita. *No* necesita obtener primero la aprobación o una remisión de su PCP. No necesita usar un médico de la red. Puede obtener atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor con una licencia estatal adecuada, incluso si no es parte de nuestra red .
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya sido informado sobre su emergencia.** Nosotros necesita hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamar para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente dentro de las 48 horas. Llámenos al 1-844-294-6535 (TTY 711) de 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo, y de 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a Viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre para poder ayudar.

¿Qué está cubierto si tiene una emergencia médica?

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en situaciones en las que llegar a la sala de emergencias de cualquier otra forma podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brindan atención de emergencia decidirán cuándo su condición es estable y la emergencia médica ha terminado.

Después de que termine la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su condición continúe siendo estable. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para recibir atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia es brindada por proveedores fuera de la red, trataremos de hacer arreglos para que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su condición médica y las circunstancias lo permitan.

¿Y si no fuera una emergencia médica?

A veces puede ser difícil saber si tiene una emergencia médica. Por ejemplo, es posible que vaya a recibir atención de emergencia, pensando que su salud está en grave peligro, y el médico puede decir que, después de todo, no se trata de una emergencia médica. Si resulta que no se trata de una emergencia, siempre que haya pensado razonablemente que su salud estaba en grave peligro, cubriremos su atención.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Sin embargo, después de que el médico haya dicho que *no* se trataba de una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si recibe la atención adicional de una de estas dos maneras:

- Acude a un proveedor de la red para obtener la atención adicional.
- – o – La atención adicional que recibe se considera “servicios de urgencia” y usted sigue las reglas para obtener estos servicios de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Obtener atención cuando tiene una necesidad urgente de servicios
--------------------	---

¿Qué son los “servicios que se necesitan con urgencia” ?

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

¿Qué sucede si se encuentra en el área de servicio del plan cuando tiene una necesidad urgente de atención? Siempre debe tratar de obtener los servicios que necesita con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos y no es razonable esperar para obtener atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

Si necesita atención de urgencia, vaya a cualquier clínica de atención de urgencia o centro de atención de urgencia.

¿Qué sucede si se encuentra fuera del área de servicio del plan cuando necesita atención urgente? Cuando se encuentre fuera del área de servicio y no pueda recibir atención de un proveedor de la red, nuestro plan cubrirá los servicios de urgencia que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre servicios de atención urgente y de emergencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Nuestro plan cubre servicios de emergencia y de urgencia en todo el mundo. Si tiene una necesidad urgente de atención fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar por adelantado los servicios prestados. Le reembolsaremos todos los costes cubiertos pertinentes. Hay un copago de \$120 y un beneficio máximo de \$50,000 para los servicios de atención de urgencia y de emergencia en todo el mundo. Para obtener más información, consulte el Cuadro de beneficios en el Capítulo 4 o llámenos al 1-844-294-6535 (TTY 711).

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Sección 3.3 Obtener atención durante un desastre

Si el Gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. o el Presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.goldkidney.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre .

Si no puede usar un proveedor de la red durante un desastre, su plan le permitirá obtener atención de proveedores fuera de la red con costos compartidos dentro de la red. Si no puede usar una farmacia de la red durante un desastre, es posible que pueda surtir sus medicamentos recetados en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para obtener más información.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?

Sección 4.1 Puede pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos

Si pagó más que el costo compartido de su plan por los servicios cubiertos, o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, vaya al Capítulo 7 (*Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que recibió por servicios cubiertos*). *servicios médicos o medicamentos*) para obtener información sobre qué hacer.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Sección 4.2 Si los servicios no están cubiertos por nuestro plan, debe pagar el costo total

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en el Cuadro de beneficios médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no fueron autorizados, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, también paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber agotado su beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado el límite del beneficio no cuenta para el desembolso máximo. Puede llamar a Servicios para miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) cuando desee saber cuánto de su límite de beneficios ya ha utilizado.

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

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

Un estudio de investigación clínica (también llamado “ensayo clínico”) es una forma en que los médicos y científicos prueban nuevos tipos de atención médica, como qué tan bien funciona un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, alguien que trabaje en el estudio se comunicará con usted para explicarle más sobre el estudio y ver si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que están a cargo del estudio. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos para el estudio y comprenda y acepte completamente lo que implica si participa en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que recibe como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el costo compartido de Medicare Original, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

Si desea participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita informarnos ni obtener nuestra aprobación o la de su PCP. Los proveedores que brindan su atención como parte del estudio de investigación clínica *no* necesitan ser parte de la red de proveedores de nuestro plan.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique con anticipación cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Nuestro plan también cubre algunos estudios de investigación clínica. Para estos estudios, tendremos que aprobar su participación. La participación en el estudio de investigación clínica también es voluntaria.

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

Sección 5.2	Quando participa en un estudio de investigación clínica, ¿quién paga qué?
--------------------	--

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

- Alojamiento y comida para una estadía en el hospital que Medicare pagaría incluso si no estuviera en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones de la nueva atención.

Después de que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Medicare Original y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que pagará la misma cantidad por los servicios que reciba como parte del estudio que pagaría si los recibiera de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto costo compartido pagó. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre cómo enviar solicitudes de pago.

Aquí hay un ejemplo de cómo funciona el costo compartido: Digamos que tiene una prueba de laboratorio que cuesta \$100 como parte del estudio de investigación. Digamos también que su parte de los costos de esta prueba es de \$20 con Medicare Original, pero la prueba sería de \$10 con los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría el copago de \$20 requerido por Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, como una factura del proveedor, al plan. El plan entonces le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, la misma cantidad que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que para recibir el pago de su plan, debe enviar documentación a su plan, como una factura del proveedor.

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

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* estuviera en un estudio.
- Artículos o servicios proporcionados solo para recopilar datos y no utilizados en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales realizadas como parte del estudio si su condición médica normalmente requiere solo una tomografía computarizada.

¿Desea saber más?

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

SECCIÓN 6 Reglas para recibir atención en una “institución religiosa de atención médica no médica”

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

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

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

Para recibir atención de una institución religiosa no médica de atención de la salud, debe firmar un documento legal que diga que se opone conscientemente a recibir un tratamiento médico “no exceptuado”.

- La atención o tratamiento médico “no exceptuado” es cualquier atención o tratamiento médico que sea *voluntario* y *no exigido* por ninguna ley federal, estatal o local.
- El tratamiento médico “exceptuado” es la atención médica o el tratamiento que recibe que *no* es voluntario o *que es requerido* por la ley federal, estatal o local.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Para estar cubierto por nuestro plan, la atención que recibe de una institución religiosa no médica de atención médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de nuestro plan de los servicios que recibe se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le brindan en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
 - Debe tener una afección médica que le permita recibir los servicios cubiertos de atención hospitalaria para pacientes hospitalizados o atención en un centro de enfermería especializada.
 - – y – debe obtener la aprobación por adelantado de nuestro plan antes de ser admitido en el centro o su estadía no estará cubierta.

Usted está cubierto por un número ilimitado de días hospitalizados médicamente necesarios. Consulte el Capítulo 4 (Cuadro de beneficios médicos (" *Lo que está cubierto y lo que usted paga* ")) para obtener detalles.

SECCIÓN 7 Reglas para la propiedad de equipos médicos duraderos

Sección 7.1	¿Será propietario del equipo médico duradero después de realizar una determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?
--------------------	--

El equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) incluye artículos como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos generadores de voz, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar . El miembro siempre posee ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Medicare Original, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son dueños del equipo después de pagar los copagos por el artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), usted por lo general, no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados sin importar cuántos copagos haga por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan , incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME bajo Original Medicare antes de unirse a nuestro plan . En determinadas circunstancias limitadas, le transferiremos la propiedad del artículo DME. Llame a servicios para miembros para obtener más información.

¿Qué sucede con los pagos que realizó por equipos médicos duraderos si cambia a Medicare Original?

Si no adquirió la propiedad del artículo DME mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiarse a Medicare Original para poder ser propietario del artículo. Los pagos realizados mientras estaba inscrito en su plan no cuentan.

Ejemplo 1: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Medicare Original no cuentan. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan antes de adquirir el artículo.

Ejemplo 2: Hizo 12 o menos pagos consecutivos por el artículo en Medicare Original y luego se unió a nuestro plan. Estaba en nuestro plan pero no obtuvo la propiedad mientras estaba en nuestro plan. Luego regresa a Medicare Original. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para poseer el artículo una vez que se una de nuevo a Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o al Medicare Original) no cuentan.

Sección 7.2 Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) cubrirá:

- Alquiler de equipos de oxígeno
- Suministro de oxígeno y contenido de oxígeno.
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Mantenimiento y reparación de equipos de oxígeno

Si deja Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Medicare Original requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses alquilas el equipo. Los 24 meses restantes el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago de oxígeno). Después de cinco años, puede optar por permanecer en la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de cinco años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que pagas)

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

SECCIÓN 1 Comprender los costos de su bolsillo por los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona un Cuadro de beneficios médicos que enumera sus servicios cubiertos y muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP). Más adelante en este capítulo, puede encontrar información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

Para comprender la información de pago que le brindamos en este capítulo, debe conocer los tipos de costos de bolsillo que puede pagar por los servicios cubiertos.

- Un **“copago”** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago en el momento en que obtiene el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- **“Coseguro”** es el porcentaje que usted paga del costo total de ciertos servicios médicos. Usted paga un coseguro al momento de recibir el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que califican para Medicaid o para el programa Beneficiario Calificado de Medicare (QMB) nunca deben pagar deducibles, copagos o coseguros. Asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 cuanto es lo maximo que vas a pagar ¿Servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?

Debido a que está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en el monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de bolsillo (MOOP, por sus siglas en inglés) por servicios médicos. Para el año calendario 2023, esta cantidad es de \$3,000.

Los montos que paga por los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red cuentan para este monto máximo de desembolso directo. Los montos que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de su bolsillo de \$3,000, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague la prima de la Parte B por usted).

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)**Sección 1.3 Nuestro plan no permite que los proveedores le facturen el saldo.**

Como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), una protección importante para usted es que solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden agregar cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona esta protección.

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad fija de dólares, por ejemplo, \$15.00), entonces paga solo esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que consulte:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según lo determinado en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una remisión o para emergencias o servicios de urgencia).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para proveedores no participantes. (Recuerde, el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, como cuando obtiene una derivación o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha "facturado el saldo", llame a Servicios para miembros.

SECCIÓN 2 Use la *Tabla de beneficios médicos* para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

El Cuadro de beneficios médicos en las siguientes páginas enumera los servicios que cubre Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) y lo que paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos recetados de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios enumerados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

- Sus servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. “Médicamente necesario” significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.
- Recibe su atención de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red, a menos que se trate de atención de emergencia o de urgencia, o a menos que su plan o un proveedor de la red le haya dado una remisión. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que brinda y supervisa su atención. En la mayoría de las situaciones, su PCP debe darle su aprobación por adelantado antes de que pueda ver a otros proveedores en la red del plan. A esto se le llama darle una “referencia”. Los servicios cubiertos que requieren remisión están marcados en negrita en el Cuadro de beneficios médicos como Remisión requerida.
- Algunos de los servicios enumerados en el Cuadro de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su médico u otro proveedor de la red obtiene nuestra aprobación por adelantado (a veces denominada "autorización previa"). Los servicios cubiertos que necesitan aprobación por adelantado están marcados en negrita en la Tabla de beneficios médicos como Requiere autorización previa.


Otras cosas importantes que debe saber sobre nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Medicare Original. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Medicare Original. Para otros, usted paga *menos*. (Si desea saber más sobre la cobertura y los costos de Medicare Original, busque en su plan de *Medicare & Tu manual 2023* . Véalo en línea en www.medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control por una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención recibida para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante 2023, Medicare o nuestro plan cubrirá esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de nuestro plan de elegibilidad continua estimada, continuaremos brindando todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos de su participación en los costos no cambiarán durante este período.

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Verá esta manzana junto a los servicios preventivos en el cuadro de beneficios.



Tabla de Beneficios Médicos

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Una ecografía de detección única para personas en riesgo. El plan solo cubre este examen si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión de su médico, asistente médico, enfermera practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Para los beneficiarios de Medicare, están cubiertas un máximo de 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>Para el propósito de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración de 12 semanas o más; • inespecífico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociado con enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que demuestren una mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura al año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o presenta regresión.</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social (la Ley) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) (como se identifica en 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar</p>	<p>\$0 de copago por servicios que cubre Medicare</p>




Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y, <p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. <p>El personal auxiliar que brinde la acupuntura debe estar bajo el nivel apropiado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS requerido por nuestras reglamentaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p> <p>Beneficios de la acupuntura de rutina*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta doce (12) visitas de acupuntura de rutina por año. <p>Se requiere autorización previa para los servicios de acupuntura de rutina.</p>	<p>Beneficio de acupuntura de rutina</p> <p>Copago de \$0 por servicios de rutina</p>
<p>Servicios de ambulancia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios de ambulancia cubiertos incluyen servicios de ambulancia de ala fija, de ala rotatoria y terrestre, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se brindan a un miembro cuya condición médica es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona o si están autorizados por El plan. • El transporte en ambulancia que no sea de emergencia es apropiado si se documenta que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario. <p>Se requiere autorización previa para servicios cubiertos por Medicare que no sean de emergencia.</p>	<p>20 % de coseguro por servicios de ambulancia aérea cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$200 por servicios de ambulancia terrestre cubiertos por Medicare.</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Examen físico de rutina anual*</p> <p>El examen físico anual de rutina incluye un examen físico completo y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas diagnósticas radiológicas ni pruebas diagnósticas no radiológicas ni pruebas diagnósticas. Es posible que se aplique un costo compartido adicional a cualquier prueba de laboratorio o diagnóstico realizada durante su visita, como se describe para cada servicio por separado en esta Tabla de beneficios médicos. El examen físico anual de rutina está limitado a uno por año.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede obtener una visita de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado basado en su salud actual y sus factores de riesgo. Esto está cubierto una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota : Su primera visita anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a su visita preventiva de "Bienvenido a Medicare". Sin embargo, no necesita haber tenido una visita de "Bienvenido a Medicare" para tener cobertura para las visitas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de la masa ósea</p> <p>Para personas calificadas (generalmente, esto significa personas en riesgo de perder masa ósea o en riesgo de osteoporosis), los siguientes servicios están cubiertos cada 24 meses o con mayor frecuencia si es médicamente necesario: procedimientos para identificar la masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de masa ósea cubierta por Medicare.</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de mama una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>
<p>Servicios de rehabilitación cardíaca</p> <p>Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones con una referencia médica. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Remisión requerida.</p>	<p>Copago de \$20 por servicio</p>
<p> Visita de reducción de riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir su riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que está comiendo de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de terapia conductual intensiva.</p>
<p> Pruebas de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Exámenes de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que están cubiertas una vez cada 5 años.</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de cáncer de cuello uterino y de vagina</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si tiene un alto riesgo de cáncer cervical o vaginal o está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.</p>
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna para corregir subluxaciones <p>Atención de rutina*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 12 visitas quiroprácticas de rutina por año <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$20 de copago por servicios que cubre Medicare</p> <p>\$20 de copago por servicios quiroprácticos periódicos</p>



Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de cáncer colorrectal</p> <p>Para personas mayores de 50 años, se cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigmoidoscopia flexible (o detección de enema de bario como alternativa) cada 48 meses <p>Uno de los siguientes cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba de sangre oculta en heces basada en guayaco (gFOBT) • Prueba inmunoquímica fecal (FIT) <p>Examen colorrectal basado en ADN cada 3 años</p> <p>Para las personas con alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección (o enema de bario de detección como alternativa) cada 24 meses <p>Para las personas que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia de detección cada 10 años (120 meses), pero no dentro de los 48 meses posteriores a una sigmoidoscopia de detección <p>Se requiere remisión para enemas de bario y exámenes rectales digitales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20 % para enemas de bario y exámenes rectales digitales.</p>
<p>Servicios de asesoramiento*</p> <p>Puede acceder a un número ilimitado de sesiones de asesoramiento individual de 1 hora.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios dentales</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Nosotros cubrimos:</p> <p>Servicios Preventivos*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes orales: 1 cada seis meses • Limpieza: 1 cada seis meses • Tratamiento de fluoruro: 1 cada seis meses • Radiografías dentales: 1 cada año <p>Servicios comprensivos*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios: beneficio ilimitado • Servicios de diagnóstico: 1 visita cada 6 meses • Servicios restaurativos: 1 visita cada 3 años • Endodoncia: 1 por diente en la vida • Periodoncia: 1 visita cada 2 años • Extracciones: beneficio ilimitado • Prostodoncia y otra Cirugía Oral/Maxilofacial: 1 por diente/arco cada 60 meses <p>Se requiere remisión para servicios dentales integrales.</p>	<p>\$0 de copago por servicios que cubre Medicare</p> <p>Copago de \$0 por servicios preventivos e integrales</p> <p>Cantidad máxima anual combinada de cobertura de beneficios de \$2,000 para servicios dentales integrales y preventivos.</p>
<p> Detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda brindar tratamiento de seguimiento y/o referencias.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una visita anual de detección de depresión.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este examen (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si tiene alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de colesterol y triglicéridos (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles altos de azúcar en la sangre (glucosa) . Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, puede ser elegible para hasta dos pruebas de detección de diabetes cada 12 meses.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas que tienen diabetes (insulina y no insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para monitorear su glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de tiras reactivas y monitores. • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: Un par por año calendario de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidas las plantillas proporcionadas con dichos zapatos) y dos pares adicionales de plantillas, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas extraíbles no personalizadas proporcionadas con dichos zapatos). La cobertura incluye la instalación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. <p>Se requiere remisión para la capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierta por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por la capacitación de control propio de la diabetes</p> <p>\$0 de copago por servicios y suministros de monitoreo de la diabetes</p> <p>\$0 de copago por zapatos para diabéticos y plantillas terapéuticas</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de “equipo médico duradero”, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3, Sección 7 de este documento).</p> <p>Los artículos cubiertos incluyen, pero no se limitan a: sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todo el DME médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarles si pueden pedirlo especialmente para usted. Incluimos una copia de nuestro directorio de proveedores de DME en el sobre con este documento. La lista más reciente de proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>20 % de coseguro de DME</p> <p>Su costo compartido para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es 20%.</p> <p>Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidados de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionado por un proveedor calificado para proporcionar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia. <p>A Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la pérdida de un feto) , pérdida de una extremidad o pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente .</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red es el mismo que el de dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>Atención de emergencia mundial*</p> <p>Tiene cobertura para atención de emergencia y transporte de emergencia en todo el mundo cuando tiene una emergencia fuera de los EE. UU. y sus territorios. Debe pagar los costos por adelantado y enviar sus recibos para el reembolso de los costos correspondientes.</p>	<p>Copago de \$90 por servicios cubiertos por Medicare. El copago no se aplica si lo internan en el hospital dentro de las 24 horas por una afección relacionada con su visita a la sala de emergencias.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que se estabilice su condición de emergencia, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta <i>O</i> debe recibir su atención hospitalaria en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p> <p>Atención de emergencia en todo el mundo</p> <p>Copago de \$120 para servicios de transporte de emergencia y atención de emergencia en todo el mundo hasta un beneficio máximo de \$50,000.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programas de educación sobre salud y bienestar*</p> <p>Educación para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> Las clases de educación para la salud se ofrecen en entornos grupales y como capacitaciones 1 a 1 en el hogar para personas confinadas en el hogar. También se proporcionan materiales de educación para la salud, junto con acceso a un sitio web con asesoramiento telefónico en vivo, intervenciones en tiempo real, comentarios y establecimiento de metas. <p>Aptitud física</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene acceso a lugares de acondicionamiento físico que pueden incluir equipos, clases de ejercicios, piscinas y otros servicios disponibles. También hay disponibles kits de acondicionamiento físico en el hogar y recursos y apoyos en línea. Este beneficio es administrado por Silver& Programa Fit de American Speciality Health. 	<p>\$0 de copago</p> <p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de audición y equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico están cubiertas como atención ambulatoria cuando las brinda un médico, audiólogo u otro proveedor calificado .</p> <p><u>Servicios auditivos de rutina</u> *:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes de audición: 1 cada año Adaptación/evaluación de audífonos: Hasta 3 dentro del primer año a partir de la fecha de la sesión inicial de adaptación de audífonos <p>Audífonos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Audífonos: Beneficio ilimitado para todo tipo de audífonos <p>Se requiere referencia para exámenes de audición y audífonos.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de audición cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$0 por servicios auditivos de rutina</p> <p>Límite de beneficio máximo de \$500 por oído para audífonos todos los años</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres que están embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante un embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para la prueba de detección preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>Modificaciones y dispositivos de seguridad para el hogar y el baño*</p> <p>Los miembros son elegibles para recibir asientos de inodoro elevados, marcos de seguridad y elevadores.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Cuidados paliativos en el hogar*</p> <p>Las visitas de cuidados paliativos en el hogar son realizadas por profesionales autorizados para satisfacer las necesidades básicas de los miembros (físicas, psicológicas y más) para los miembros con enfermedades debilitantes crónicas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de la agencia de salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita servicios de salud en el hogar y ordenará que los servicios de salud en el hogar sean proporcionados por una agencia de salud en el hogar. Debe estar confinado en su casa, lo que significa que salir de casa es un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios intermitentes o de medio tiempo de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar (para estar cubierto por el beneficio de atención médica en el hogar, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistente de salud en el hogar deben sumar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago por visita</p>
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, prestados de acuerdo con el plan de atención • Capacitación y educación del paciente que no están cubiertas por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de supervisión para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos de infusión en el hogar proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión en el hogar <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>20% de coseguro</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si su enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posee, controla o tiene un interés financiero. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor. • Cuidado de relevo a corto plazo • Cuidados en el hogar <p>Cuando es admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si elige permanecer en su plan, debe continuar pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para servicios de hospicio y para servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal</u> : Medicare Original (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios de hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal . Mientras estás en el</p> <p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <p>programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare por los servicios que paga Original Medicare. Se le facturará el costo compartido de Medicare Original.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y no están relacionados con su pronóstico terminal</u> : Si necesita servicios que no son de emergencia ni de urgencia que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usa un proveedor en la red de nuestro</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare Original, no por Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>plan y sigue el plan. (por ejemplo, si existe un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las reglas del plan para obtener el servicio, solo paga el monto del costo compartido del plan por los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, usted paga el costo compartido según el pago por servicio de Medicare (Medicare original) <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) pero no están cubiertos por la Parte A o B de Medicare : Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el costo compartido de su plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de hospicio terminal, entonces usted paga el costo compartido de Medicare Original.</u> Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte el Capítulo 5, Sección 9.4 (<i>¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare ?</i>).</p> <p>Nota: Si necesita atención que no sea de hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos por la Parte B de Medicare incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vacuna contra la neumonía • Vacunas contra la gripe, una vez cada temporada de gripe en otoño e invierno, con vacunas contra la gripe adicionales si son médicamente necesarias • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacuna para el COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las reglas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>
<p>Evaluación de seguridad en el hogar*</p> <p>Los servicios pueden incluir una evaluación de las necesidades de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asientos de inodoro elevados, marcos de seguridad y elevadores <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios de apoyo en el hogar*</p> <p>Hasta 60 horas cada año para asistencia de apoyo en el hogar. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas del hogar: limpieza ligera, organización, lavandería • Orientación técnica: ayudar con el aprendizaje de los servicios de telesalud para conectarse con el médico, ayudar a instalar dispositivos • Ejercicio y actividad: caminar o andar en bicicleta • Asistencia a distancia: servicios virtuales. <p>Debe usar el proveedor/proveedor contratado del plan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p>	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Incluye cuidados agudos para pacientes hospitalizados, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden médica. El día anterior a su alta es su último día de hospitalización.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por admisión o estancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$100 por día para los días 1 a 7 • \$0 para los días 9 a 90 <p>El costo compartido se cobra al ser dado de alta del hospital.</p>
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario) • Comidas incluyendo dietas especiales • Servicios regulares de enfermería • Costos de unidades de cuidados especiales (como cuidados intensivos o unidades de cuidados coronarios) • Drogas y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Rayos X y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios. • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas. • Costos de quirófano y sala de recuperación • Terapia física, ocupacional y del habla y lenguaje • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados • Bajo ciertas condiciones, los siguientes tipos de trasplantes están cubiertos: córnea, riñón, riñón-páncreas, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos para que su caso sea revisado por un centro de trasplante aprobado por Medicare que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir ir localmente siempre que los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de 	<p>Si obtiene atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que se establezca su condición de emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicare Original. Si Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige obtener trasplantes en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos el alojamiento y el transporte apropiados. gastos para usted y un acompañante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • servicios medicos <p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <p>Nota: Para ser un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de hospitalización en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de atención de la salud mental que requieren hospitalización. Puede recibir atención hospitalaria en un hospital psiquiátrico por un total de 150 días a lo largo de su vida. Si recibe atención de salud mental para pacientes hospitalizados en la unidad psiquiátrica de un hospital general, no cuenta para sus 150 días.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga lo siguiente por admisión o estancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • \$225 por día para los días 1 a 7 • \$0 por día para los días 8 a 90 <p>El costo compartido se cobra al ser dado de alta del hospital.</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Estancia de hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente hospitalizado no es razonable y necesaria, no cubriremos su estadía como paciente hospitalizado. Sin embargo, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras esté en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • servicios medicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Terapia de rayos X, radio e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • Apósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (que no sean dentales) que reemplazan la totalidad o parte de un órgano interno del cuerpo (incluido el tejido contiguo), o la totalidad o parte de la función de un órgano interno del cuerpo permanentemente inoperativo o que funciona mal, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios debido a la rotura, el desgaste, la pérdida o un cambio en la condición física del paciente • Fisioterapia, logopedia y terapia ocupacional 	<p>Cuando su estadía como paciente hospitalizado no esté cubierta, usted pagará el costo de los servicios asociados con su estadía como paciente hospitalizado. Consulte las siguientes categorías de servicios en el cuadro para obtener más información sobre lo que podemos cubrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de médicos/profesionales • Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios • DME y suministros relacionados • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Comidas*</p> <p>El beneficio de comidas está disponible para los miembros inmediatamente después de una cirugía o de una hospitalización.</p> <p>Los miembros elegibles reciben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta 2 comidas al día durante un máximo de 10 días. Este beneficio puede utilizarse máximo 4 veces al año. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p> terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (riñón) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón cuando lo remita su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento uno a uno durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica bajo Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage o Medicare Original), y 2 horas cada año después de eso. Si su condición, tratamiento o diagnóstico cambia, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe prescribir estos servicios y renovar su referencia anualmente si su tratamiento es necesario para el próximo año calendario.</p> <p>Beneficio suplementario de terapia de nutrición médica*:</p> <p>Proporcionamos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación nutricional adicional para los miembros, independientemente de la elegibilidad para la terapia de nutrición médica. • Los servicios incluyen: asesoramiento nutricional, educación y clases de cocina basadas en requisitos dietéticos específicos proporcionados por un dietista registrado en un entorno grupal o individual. <p>Se requiere autorización previa para los servicios de beneficios complementarios.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p> <p>Beneficio suplementario de terapia de nutrición médica</p> <p>\$0 de copago</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Programa de Prevención de la Diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios de MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios elegibles de Medicare bajo todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>MDPP es una intervención estructurada de cambio de comportamiento de salud que brinda capacitación práctica en cambios dietéticos a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos para mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio de MDPP.</p>
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Medicare Original. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p>	<p>20% de coseguro</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o infunden mientras recibe servicios de un médico, paciente ambulatorio del hospital o centro quirúrgico ambulatorio • Medicamentos que toma usando equipo médico duradero (como nebulizadores) que fueron autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted mismo se inyecta si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órganos • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su hogar, tiene una fractura ósea que un médico certifique que estaba relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y medicamentos contra las náuseas • Ciertos medicamentos para diálisis en el hogar, incluida la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea medicamento necesario, anestésicos tópicos y agentes estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen® , procrito® , Epoetina Alfa, Aranesp® , ο δαρβεποετινα αλφα) • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de enfermedades de inmunodeficiencia primaria <p>También cubrimos algunas vacunas bajo nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el Capítulo 6.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Línea Directa de Enfermería*</p> <p>Línea de asesoramiento de enfermería las 24 horas, los 7 días de la semana, atendida por enfermeras registradas. Las enfermeras pueden clasificar las condiciones y reenviar las llamadas a los médicos, psiquiatras y otros proveedores calificados de guardia, según sea necesario.</p>	<p>Usted paga \$0</p>
<p> Detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si lo recibe en un entorno de atención primaria, donde puede coordinarse con su plan integral de prevención. Hable con su médico de atención primaria o profesional para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la terapia y la detección preventiva de la obesidad.</p>
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir cobertura de servicios para tratar el OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (OTP) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos de tratamiento asistido por medicamentos (MAT, por sus siglas en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés). • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Consejería de uso de sustancias • Terapia individual y de grupo • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas <p>La cobertura también incluye el tratamiento con metadona para la dependencia de opiáceos.</p> <p>Se requiere referencia.</p>	<p>Copago de \$0 por servicio cubierto por Medicare</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Pruebas de diagnóstico y servicios y suministros terapéuticos para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Suministros quirúrgicos, como apósitos. • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita; debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias 	<p>Copago de \$0 para análisis de laboratorio y radiografías cubiertos por Medicare</p> <p>Copago de \$50 por procedimientos y pruebas de diagnóstico y servicios radiológicos de diagnóstico (MRI, CT, etc.) cubiertos por Medicare.</p> <p>20 % de coseguro por servicios radiológicos terapéuticos cubiertos por Medicare</p>
<p>Es posible que se requiera autorización previa y/o remisión.</p>	<p>Coseguro del 20 % para suministros médicos</p> <p>20% de coseguro por servicios de sangre</p> <p>Si recibe varios servicios en el mismo lugar el mismo día, solo se aplica el copago máximo.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios del hospital que se brindan para determinar si necesita ser admitido como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se brindan por orden de un médico u otra persona autorizada por la ley estatal de licencias y los estatutos del personal del hospital para admitir pacientes en el hospital u ordenar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$175 de copago por día</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento hospitalario sería necesario sin él • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrarse a sí mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya escrito una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos por los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”. Si no está seguro si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada “¿Es usted un paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!” Esta hoja informativa está disponible en Internet en https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800 -633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Puede llamar a estos números de forma gratuita, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$0 por colonoscopia de diagnóstico</p> <p>Copago de \$195 para cirugías y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Atención ambulatoria de salud mental Los servicios cubiertos incluyen: Servicios de salud mental proporcionados por un psiquiatra o médico con licencia estatal, un psicólogo clínico, un trabajador social clínico, un enfermero clínico especialista, un enfermero practicante, un asistente médico u otro profesional de la salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p> <p>Remisión requerida para los servicios de salud mental proporcionados por un no médico.</p>	<p>Copago de \$25 por sesiones individuales cubiertas por Medicare</p> <p>Copago de \$10 por sesiones grupales cubiertas por Medicare</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos para pacientes ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas independientes e instalaciones de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés).</p> <p>Se requiere remisión para los servicios de fisioterapia y patología del habla y el lenguaje.</p> <p>Se requiere autorización previa para terapia ocupacional.</p>	<p>\$20 de copago por visita</p>
<p>Servicios de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios Los servicios de terapia grupal e individual para el abuso de sustancias son un beneficio cubierto cuando recibe una remisión de su PCP a un proveedor dentro de la red.</p> <p>Se requiere referencia.</p>	<p>Copago de \$25.00 por sesiones individuales</p> <p>Copago de \$15.00 por sesiones grupales</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en instalaciones hospitalarias para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios</p> <p>Nota: Si va a someterse a una cirugía en un centro hospitalario, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden para admitirlo como paciente internado en el hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por la cirugía ambulatoria. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$195 para cirugías hospitalarias ambulatorias</p> <p>Copago de \$100 para centros quirúrgicos ambulatorios</p>
<p>Tarjeta de débito de venta libre (OTC)*</p> <p>Puede usar su asignación para comprar artículos personales para el cuidado de la salud y productos de venta libre sin receta, como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos o el resfriado y vendajes. Los saldos de las asignaciones no utilizadas no se transfieren al siguiente trimestre.</p>	<p>Usted paga \$0</p> <p>Hasta una asignación de \$50 cada tres (3) meses</p>
<p>Servicios de hospitalización parcial</p> <p>La “hospitalización parcial” es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo proporcionado como un servicio ambulatorio del hospital o por un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización como paciente internado.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de \$75.00 por día</p>
<p>Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS)*</p> <p>Recibe un dispositivo PERS móvil con GPS, detección de caídas y monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Usted paga \$0</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención médica o servicios quirúrgicos necesarios desde el punto de vista médico prestados en el consultorio de un médico, un centro quirúrgico ambulatorio certificado, el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otro lugar • Consulta, diagnóstico y tratamiento por un especialista • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su PCP <i>O</i> especialista si su médico lo ordena para ver si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, incluidos: servicios de atención primaria y servicios de médicos especialistas <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una visita en persona o por telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios por telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio por telesalud. • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con enfermedad renal en etapa terminal para miembros de diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o en un hospital de acceso crítico, un centro de diálisis renal o el hogar del miembro Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por uso de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación 	<p>Copago de \$0 por visitas al médico de atención primaria</p> <p>Copago de \$0 para nefrólogos, cardiólogos, endocrinólogos y cirujanos cardiovasculares</p> <p>Copago de \$20 para todos los demás médicos especialistas</p> <p>Copago de \$0 por servicios de telesalud</p>
<p>Servicios de médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene una visita en persona dentro de los 6 meses anteriores a su primera visita de telesalud ○ Tiene una visita en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud ○ Se pueden hacer excepciones a lo anterior para ciertas circunstancias. 	


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5 a 10 minutos si : <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ El check-in no está relacionado con una visita a la oficina en los últimos 7 días y ○ El check-in no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo más pronto posible • Evaluación de videos y/o imágenes que envíe a su médico, interpretación y seguimiento por parte de su médico dentro de las 24 horas si : <ul style="list-style-type: none"> ○ No es un paciente nuevo y ○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y ○ La evaluación no conduce a una visita al consultorio dentro de las 24 horas o a la cita disponible lo más pronto posible • Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o registro de salud electrónico • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía • Atención dental que no es de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, reparación de fracturas de la mandíbula o huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para tratamientos de radiación de enfermedades de cáncer neoplásico o servicios que estarían cubiertos cuando proporcionada por un médico) <p>Se requiere remisión para todos los servicios especializados.</p>	


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolón calcáneo) • Atención de rutina de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores <p>Cuidado rutinario de los pies*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta doce (12) visitas de cuidado de los pies cada año <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago por servicios que cubre Medicare</p> <p>Copago de \$0 por cuidado de rutina de los pies</p>
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente, una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen rectal digital • Prueba de antígeno prostático específico (PSA) 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una prueba anual de PSA.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplazan todo o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, entre otros: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con dispositivos protésicos y reparación y/o reemplazo de dispositivos protésicos. También incluye alguna cobertura después de la extracción de cataratas o la cirugía de cataratas; consulte "Cuidado de la vista" más adelante en esta sección para obtener más detalles.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Coseguro del 20 % para dispositivos protésicos y suministros médicos cubiertos por Medicare</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y una remisión para rehabilitación pulmonar del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p> <p>Se requiere referencia.</p>	<p>Copago de \$20 por servicio</p>
<p> Detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos una evaluación de abuso de alcohol para adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si obtiene un resultado positivo para el abuso de alcohol, puede obtener hasta 4 breves sesiones de asesoramiento personales por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico o profesional de atención primaria calificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT)</p> <p>Para personas calificadas, una LDCT está cubierta cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son : personas de 50 a 77 años que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen un historial de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman o han dejado de fumar en los últimos 15 años, que recibir una orden por escrito para LDCT durante una visita de asesoramiento de detección de cáncer de pulmón y toma de decisiones compartida que cumpla con los criterios de Medicare para dichas visitas y que sea proporcionada por un médico o un profesional no médico calificado.</p> <p><i>Para las pruebas de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para la prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que se puede proporcionar durante cualquier visita adecuada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado elige brindar una visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida para exámenes de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para tales visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare o para la LDCT.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes están cubiertos para mujeres embarazadas y para ciertas personas que tienen un mayor riesgo de contraer una ITS cuando se realizan los exámenes. ordenado por un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertos momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta 2 sesiones individuales de asesoramiento conductual de alta intensidad, cara a cara, de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se llevan a cabo en un entorno de atención primaria, como el consultorio de un médico.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección de ITS y asesoramiento para ITS cubierto por Medicare.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de educación sobre enfermedades renales para enseñar el cuidado de los riñones y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su atención. Para los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV cuando son referidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios de educación sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible temporalmente o no se puede acceder a él) • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si es admitido como paciente internado en un hospital para recibir atención especial) • Capacitación en autodiálisis (incluye capacitación para usted y cualquier persona que lo ayude con sus tratamientos de diálisis en el hogar) • Equipos y suministros de diálisis en el hogar • Ciertos servicios de apoyo en el hogar (como, cuando sea necesario, visitas de trabajadores de diálisis capacitados para verificar su diálisis en el hogar, ayudar en emergencias y verificar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por su beneficio de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección “Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare”.</p> <p>Se requiere referencia.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de educación sobre enfermedades renales</p> <p>20 % de coseguro por servicios de diálisis renal</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)

(Para obtener una definición de “atención en un centro de enfermería especializada”, consulte el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan “SNF”).

Los servicios cubiertos incluyen pero no se limitan a:

- Habitación semiprivada (o una habitación privada si es médicamente necesario)
- Comidas, incluidas dietas especiales.
- Servicios de enfermería especializada
- Terapia física, terapia ocupacional y terapia del habla
- Medicamentos que se le administran como parte de su plan de atención (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre).
- Sangre, incluido el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos comienza solo con la cuarta pinta de sangre que necesita. Debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que recibe en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre . Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada.
- Suministros médicos y quirúrgicos proporcionados normalmente por los SNF
- Pruebas de laboratorio normalmente proporcionadas por SNF
- Radiografías y otros servicios de radiología normalmente proporcionados por SNF
- Uso de aparatos tales como sillas de ruedas que normalmente proporcionan los SNF
- Servicios de médicos/profesionales

Por lo general, recibirá atención en un SNF en centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se enumeran a continuación, es posible que pueda pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.

- Un hogar de ancianos o comunidad de jubilados de atención continua donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre y cuando brinde atención en un centro de enfermería especializada)
- Un SNF donde vive su cónyuge en el momento en que usted deja el hospital


Usted paga:

- \$0 para los días 1 a 20
- \$188 por los días 21 al 36
- \$0 para los días 37 a 100

Se requieren cero días de hospitalización antes de la admisión al SNF.

Los copagos para los beneficios de un centro de enfermería especializada (SNF) se calculan por día o por estadía. Una estadía comienza el día en que es admitido como paciente hospitalizado y finaliza cuando es dado de alta del SNF. Para cada estadía en un SNF, debe pagar el costo compartido correspondiente, a partir del día 1 cada vez que sea admitido.

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
Se requiere autorización previa.	
<p> Dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos ni síntomas de enfermedades relacionadas con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses como un servicio preventivo sin costo para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco :</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar dentro de un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas personales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET)</p> <p>SET está cubierto para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática y una remisión para PAD del médico responsable del tratamiento de PAD.</p> <p>Se cubren hasta 36 sesiones durante un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa SET.</p> <p>El programa SET debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consisten en sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno ambulatorio del hospital o en el consultorio de un médico • Ser administrado por personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños, y que estén capacitados en la terapia de ejercicios para PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermera practicante/especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básico y avanzado <p>SET puede estar cubierto más allá de 36 sesiones durante 12 semanas por 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera médicamente necesario.</p>	<p>Copago de \$20 por servicio</p>
<p>Servicios de Telemonitoreo*</p> <p>Los servicios disponibles incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manguito de presión arterial para controlar la hipertensión y la hipotensión, • Monitores de glucosa en sangre para diabetes no cubiertos por Medicare (incluido CGM) que se pueden usar con fines terapéuticos y no terapéuticos, y • escalas de peso para CHF y control de peso/obesidad. <p>Todos los dispositivos están vinculados para compartir datos a través de Bluetooth a un servicio de monitoreo central que responde a lecturas anormales y brinda todas las lecturas e interacciones con el miembro tanto al plan como al PCP y/o nefrólogo.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago</p>


Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p>Transporte (Rutina)* Transporte en transporte médico, camioneta o servicios de viajes compartidos a cualquier lugar relacionado con la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 36 viajes de ida cada año <p>Un viaje se considera un transporte de ida. Se requiere autorización previa.</p>	<p>\$0 de copago</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios necesarios con urgencia se brindan para tratar una enfermedad, lesión o afección médica imprevista que no sea de emergencia y que requiera atención médica inmediata, pero dadas sus circunstancias, no es posible, o no es razonable, obtener servicios de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia que el plan debe cubrir fuera de la red son i) necesita atención inmediata durante el fin de semana o ii) se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios de urgencia de un proveedor fuera de la red.</p>	<p>Copago de \$0 por servicios de atención de urgencia cubiertos por Medicare</p>
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Servicios de atención de urgencia en todo el mundo* Tiene cobertura para la atención de urgencia en todo el mundo. Cuando necesite atención de urgencia fuera de los EE. UU. y sus territorios. Debe pagar los costos por adelantado y enviar sus recibos para el reembolso de los costos correspondientes.</p>	<p>Atención de urgencias en todo el mundo Copago de \$120 por cobertura de atención de urgencia en todo el mundo hasta un beneficio máximo de \$50,000.</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Cuidado de la visión</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Medicare Original no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma incluyen: personas con antecedentes familiares de glaucoma, personas con diabetes, afroamericanos de 50 años o más e hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, la detección de retinopatía diabética está cubierta una vez al año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de una lente intraocular (si tiene dos operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). <p>Cuidado de la vista de rutina*</p> <p>Se requiere derivación para la prueba de detección de glaucoma cubierta por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por servicios que cubre Medicare</p> <p>Cuidado de la vista de rutina</p> <p>Usted paga \$0 por exámenes de la vista de rutina hasta dos (2) por año.</p> <p>\$350 Cantidad máxima de beneficio cada dos (2) años para anteojos (monturas y lentes), lentes para anteojos, armazones para anteojos, un par de lentes de contacto o actualizaciones.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos que excedan el monto máximo del beneficio para anteojos de rutina</p>

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar cuando obtiene estos servicios
<p> Visita preventiva “Bienvenido a Medicare”</p> <p>El plan cubre la visita preventiva única "Bienvenido a Medicare". La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección y vacunas) y remisiones para otros cuidados, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la visita preventiva "Bienvenido a Medicare" solo dentro de los primeros 12 meses que tenga la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al consultorio de su médico que le gustaría programar su visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p> <p>Se requiere remisión para electrocardiograma después de la visita de bienvenida.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva "Bienvenido a Medicare".</p> <p>Coseguro del 20 % para electrocardiogramas cubiertos por Medicare después de la visita de bienvenida.</p>

SECCION 3 ¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos bajo ninguna condición o solo están cubiertos bajo condiciones específicas.

Si obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos aún no están cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se decide : en la apelación que es un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Cirugía estética o procedimientos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las etapas de reconstrucción de un seno después de una mastectomía, así como también para el seno no afectado para producir una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de custodia. (Atención que ayuda con las actividades de la vida diaria que no requieren habilidades profesionales o capacitación, por ejemplo, bañarse y vestirse).</p> <p>El cuidado de custodia es el cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como el cuidado que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>		<p>Los miembros son elegibles para los servicios de Papa.</p> <p>Consulte la Tabla de beneficios médicos Servicios de apoyo en el hogar para obtener una descripción completa de la cobertura.</p>
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Medicare Original determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<p>Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan.</p> <p>(Consulte el Capítulo 3, Sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
Tarifas cobradas por el cuidado de sus parientes inmediatos o miembros de su hogar.	✓	
Atención de enfermería a tiempo completo en su hogar.	✓	

Cuadro de beneficios médicos del Capítulo 4 (lo que está cubierto y lo que usted paga)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo bajo condiciones específicas
Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).	✓	
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies.		Zapatos que son parte de un aparato ortopédico para la pierna y están incluidos en el costo del aparato ortopédico. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
Artículos personales en su habitación en un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.	✓	
Habitación privada en un hospital.		Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización y/o suministros anticonceptivos sin receta.	✓	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.		El examen de la vista y un par de anteojos (o lentes de contacto) están cubiertos para personas después de una cirugía de cataratas.
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Medicare Original	✓	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para
medicamentos recetados de la Parte*

D

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

SECCIÓN 1 Introducción

Este capítulo **explica las reglas para usar su cobertura para medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de cuidados paliativos.

Sección 1.1	Reglas básicas para la cobertura de medicamentos de la Parte D del plan
--------------------	--

El plan generalmente cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro médico) que le escriba una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su recetador no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus recetas en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan*).
- Su medicamento debe estar en la *Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)* del plan (la llamamos “Lista de Medicamentos” para abreviar). (Consulte la Sección 3, *Sus medicamentos deben estar en la "Lista de medicamentos" del plan*).
- Su medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia. (Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta su receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan

Sección 2.1	Use una farmacia de la red
--------------------	-----------------------------------

En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas *solo* si se surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos las recetas surtidas en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionar sus medicamentos recetados cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” se refiere a todos los medicamentos recetados de la Parte D que se encuentran en la Lista de Medicamentos del plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

Para encontrar una farmacia de la red, puede buscar en su *Directorio de Farmacias*, visitar nuestro sitio web www.goldkidney.com y/o llamar a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de nuestras farmacias de la red.

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

Si la farmacia que ha estado usando sale de la red del plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda de Servicios para miembros o utilizar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.

¿Qué pasa si necesitas una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en una instalación de LTC, comuníquese con Servicios para miembros.
- Farmacias que atienden el Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, solo los nativos americanos o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias de nuestra red.
- Farmacias que dispensan medicamentos que están restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren un manejo especial, coordinación de proveedores o educación sobre su uso. (**Nota:** Este escenario debería ocurrir raramente.)

Para ubicar una farmacia especializada, busque en su *Directorio de Farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Sección 2.3 Usar el servicio de pedido por correo del plan

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedido por correo de la red del plan. En general, los medicamentos proporcionados a través de pedidos por correo son medicamentos que toma de manera regular, para una condición médica crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan requiere que solicite **un suministro de 90 días**.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para miembros al 844-294-6535 (TTY 711).

Por lo general, se le entregará un pedido de farmacia de pedido por correo en no más de 10 días. Si se trata de un retraso, llame a Servicios para miembros de la Parte D al 888-672-7206.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico .

Después de que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se comunicará con usted para ver si desea que le surtan el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o detener la nueva receta.

Resurtidos de recetas de pedidos por correo. Para recargar sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de recarga automática. Bajo este programa, comenzaremos a procesar su próximo resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que debería estar a punto de quedarse sin su medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada reabastecimiento para asegurarse de que necesita más medicamentos, y puede cancelar los reabastecimientos programados si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si elige no utilizar nuestro programa de reabastecimiento automático pero aún desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta , comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para miembros al 844-294-6535 (TTY 711).

Si recibe una recarga automática por correo que no desea, puede ser elegible para un reembolso.

Sección 2.4

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

Cuando obtiene un suministro a largo plazo de medicamentos, su costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado “suministro extendido”) de medicamentos de “mantenimiento” en la Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma regularmente, para una condición médica crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento al costo compartido del pedido por correo. Es posible que otras farmacias minoristas no estén de acuerdo con los montos de costos compartidos de los pedidos por correo. En este caso usted será responsable de la diferencia de precio. Su *Directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

pueden brindarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para miembros para obtener más información.

2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.3 para obtener más información.

Sección 2.5 ¿Cuándo puede usar una farmacia que no está en la red del plan?

Su receta puede estar cubierta en ciertas situaciones

Por lo general, cubrimos medicamentos surtidos en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no puede usar una farmacia de la red. **Consulte primero con Servicios para Miembros** para ver si hay una farmacia de la red cerca. Lo más probable es que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos recetas surtidas en una farmacia fuera de la red:

El plan cubrirá recetas fuera de la red para viajes prolongados fuera del área o para situaciones urgentes o emergentes.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente tendrá que pagar el costo total (en lugar de su costo compartido normal) en el momento en que surta su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del costo. (El Capítulo 7, Sección 2.1 explica cómo pedirle al plan que le devuelva el dinero).

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

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

El plan tiene una "*Lista de Medicamentos Cubiertos (Formulario)*". En esta *Evidencia de cobertura*, la llamamos "**Lista de medicamentos**" para abreviar.

Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

Los medicamentos en la Lista de medicamentos son solo aquellos cubiertos por la Parte D de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Por lo general, cubriremos un medicamento de la Lista de medicamentos del plan, siempre y cuando siga las otras reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que es :

- Aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos para el diagnóstico o condición para la cual se prescribe.
- -- o -- -apoyado por ciertas referencias, como la Información de Medicamentos del Servicio de Formulario de American Hospital y el Sistema de Información DRUGDEX.

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

Un medicamento de marca es un medicamento recetado que se vende bajo una marca comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos basados en una proteína) se denominan productos biológicos. En la lista de medicamentos, cuando nos referimos a “drogas”, esto podría significar una droga o un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento recetado que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. En general, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca.

¿Qué *no* está en la Lista de Medicamentos?

El plan no cubre todos los medicamentos recetados.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información al respecto, consulte la Sección 7.1 de este capítulo).
- En otros casos, hemos decidido no incluir un medicamento en particular en la Lista de Medicamentos. En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en la lista de medicamentos. Para obtener más información, consulte el Capítulo 9.

Sección 3.2

Hay seis "niveles de costos compartidos" para los medicamentos en la Lista de Medicamentos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para el plan
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Medicamentos genéricos que el plan ofrece a los miembros a un costo igual o superior al costo compartido de los medicamentos del Nivel 1
 - El nivel 2 contiene insulinas selectas cubiertas por el plan (consulte el Capítulo 6, Sección 5.2 para conocer los costos)
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo más bajo para los miembros que los medicamentos del Nivel 4
 - El nivel 3 contiene insulinas seleccionadas cubiertas por el plan (consulte el Capítulo 6, Sección 5.2 para conocer los costos)
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo más alto para los miembros que los medicamentos del Nivel 3
- Nivel 5 - Nivel de especialidad: Incluye un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos genéricos o de marca son los más caros del formulario. El costo compartido de estos medicamentos será más alto que el de los medicamentos del Nivel 4.
- Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta: Medicamentos genéricos o de marca, incluidos los medicamentos excluidos o los medicamentos que no figuran en otros niveles.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costo compartido se muestra en el Capítulo 6 (*Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*).

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

Tienes tres formas de averiguarlo:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que [proporcionamos electrónicamente](#) . (Tenga en cuenta: La Lista de medicamentos que proporcionamos incluye información sobre los medicamentos cubiertos que nuestros miembros usan con mayor frecuencia. Sin embargo, cubrimos medicamentos adicionales que no están incluidos en la Lista de medicamentos proporcionada. Si uno de sus medicamentos no figura en la Lista de medicamentos, debe visitar nuestro sitio web o comunicarse con Servicios para miembros para averiguar si lo cubrimos).
2. Visite el sitio web del plan www.goldkidney.com . La Lista de Medicamentos en el sitio web es siempre la más actualizada.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

3. Llame a Servicios para miembros para averiguar si un medicamento en particular está en la Lista de medicamentos del plan o para solicitar una copia de la lista.

SECCIÓN 4 Hay restricciones en la cobertura de algunos medicamentos

Sección 4.1	Porque algunas drogas tienen restricciones?
--------------------	--

Para ciertos medicamentos recetados, las reglas especiales restringen cómo y cuándo los cubre el plan. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrolló estas reglas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la manera más efectiva. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos. Si un medicamento seguro y de menor costo funciona tan bien desde el punto de vista médico como un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción de menor costo.

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir según la potencia, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg versus 100 mg). mg; uno por día versus dos por día; tableta versus líquido).

Sección 4.2	¿Qué tipo de restricciones?
--------------------	------------------------------------

Las secciones a continuación le brindan más información sobre los tipos de restricciones que usamos para ciertos medicamentos.

Si hay una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor tendrán que tomar medidas adicionales para que podamos cubrir el medicamento. Comuníquese con Servicios para miembros para saber qué deben hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. Si desea que renunciemos a la restricción por usted, deberá usar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Podemos o no aceptar renunciar a la restricción por usted. (Ver Capítulo 9)

Restricción de medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos. **En la mayoría de los casos, cuando hay disponible una versión genérica de un medicamento de marca, las farmacias de nuestra red le proporcionarán la versión genérica en lugar del medicamento de marca.** Sin embargo, si su proveedor nos ha informado el motivo médico por el cual el medicamento genérico no funcionará para usted *O* ha escrito "No hay sustituciones" en su receta para un medicamento de marca *O* nos ha informado el motivo médico

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

por el cual ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos los medicamentos que tratan la misma afección funcionarán para usted, entonces cubriremos el medicamento de marca. (Su parte del costo puede ser mayor para el medicamento de marca que para el medicamento genérico).

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para ciertos medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento por usted. Esto se llama “ **autorización previa** ”. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra su medicamento.

Probar una droga diferente primero

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos pero generalmente igual de efectivos antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B tratan la misma afección médica, el plan puede exigirle que pruebe el Medicamento A primero. Si el Medicamento A no funciona para usted, el plan cubrirá el Medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina “ **terapia escalonada** ”.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 ¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera?

Sección 5.1	Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera
--------------------	---

Hay situaciones en las que está tomando un medicamento recetado, o uno que usted y su proveedor creen que debería tomar y que no está en nuestro formulario o está en nuestro formulario con restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez una versión genérica del medicamento está cubierta, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- El medicamento está cubierto, pero existen reglas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero está en un nivel de costo compartido que hace que su costo compartido sea más caro de lo que cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera. Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o si su medicamento está restringido, vaya a la Sección 5.2 para saber qué puede hacer.
- Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que su costo sea más alto de lo que cree que debería ser, vaya a la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si su medicamento no está en la Lista de Medicamentos o está restringido, estas son las opciones :

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y pedirle al plan que cubra el medicamento o que elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, el plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio de cobertura y decidir qué hacer.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que ha estado tomando **ya no debe estar en la Lista de Medicamentos del plan O ahora debe estar restringido de alguna manera** .

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan .
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.

Este suministro temporal será por un máximo de 30 días . [Si su receta es para menos días, permitiremos varios surtidos para proporcionar hasta un máximo de 30 días de medicación. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. \(Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar el desperdicio\).](#)

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- **Para aquellos afiliados que han estado en el plan por más de 90 días y resida en un centro de atención a largo plazo y necesite un suministro de inmediato:**

Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento en particular, o menos si su receta es para menos días. Esto se suma al suministro temporal anterior.

- **Para los miembros con un cambio de nivel de atención, proporcionamos un suministro de emergencia de la siguiente manera:**
 - Los miembros actuales que necesitan un suministro de emergencia por única vez o a los que se les receta un medicamento que no está en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención pueden colocarse en transición a través de un código de aclaración presentado por la farmacia del NCPDP. Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) ha autorizado a su administrador de beneficios de farmacia a procesar un llenado único en esta situación a través de una anulación manual en el punto de venta de la farmacia.
 - Cuando se recibe una nueva transacción de reclamo de la farmacia para la admisión o readmisión de un paciente en un centro de LTC, nuestro sistema de reclamos reconocerá al miembro actual como elegible para recibir suministros de transición y aplicará la aprobación del punto de venta. En este caso, no se necesita una anulación de punto de venta de farmacia.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para Miembros.

Durante el tiempo que esté usando un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote su suministro temporal. Tienes dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor acerca de si hay un medicamento diferente cubierto por el plan que puede funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma en que le gustaría que lo cubriera. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede pedirle al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 te dice que *hacer* Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

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

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, estas son las cosas que puede hacer:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que cree que es demasiado alto, hable con su proveedor. Puede haber un medicamento diferente en un nivel de costo compartido más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted.

Puedes pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden pedirle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido del medicamento para que pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene razones médicas que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, el Capítulo 9, Sección 6.4 dice qué hacer . Explica los procedimientos y los plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se maneje de manera rápida y justa.

Medicamentos en nuestros niveles 5-6 no son elegibles para este tipo de excepción. No reducimos el monto del costo compartido para los medicamentos en este nivel.

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

Sección 6.1 La Lista de Medicamentos puede cambiar durante el año

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos .**
- **Mover un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo .**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento .**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**

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

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se producen cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información sobre dichos cambios en nuestro sitio web. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente. A continuación, indicamos las veces que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que está tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos (o cambiamos el nivel de costo compartido o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos)**
 - Es posible que eliminemos inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. Podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel más alto de costo compartido o agregar nuevas restricciones o ambas cosas cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no le informemos con anticipación antes de realizar ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que hacemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. Esto también incluirá información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción para cubrir el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que hagamos el cambio.
- Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

- **Medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de Medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, se lo informaremos de inmediato.
 - Su médico también sabrá acerca de este cambio y puede trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su condición.
- **Otros cambios a los medicamentos en la Lista de Medicamentos**
 - Es posible que hagamos otros cambios una vez que haya comenzado el año que afecten los medicamentos que está tomando. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca en la Lista de Medicamentos o cambiar el nivel de costo compartido o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o ambos. También podemos realizar cambios según las advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos darle un aviso del cambio con al menos 30 días de anticipación o darle un aviso del cambio y un resurtido de 30 días del medicamento que está tomando en una farmacia de la red.
 - Después de recibir el aviso del cambio, debe trabajar con su recetador para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con las nuevas restricciones sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o su recetador pueden pedirnos que hagamos una excepción y que sigamos cubriendo el medicamento para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el Capítulo 9.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

Cambios en la Lista de Medicamentos que no le afectan durante este año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de medicamentos que no se describen anteriormente. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si está tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del próximo año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel más alto de costo compartido.
- Ponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

Si alguno de estos cambios ocurre para un medicamento que está tomando (excepto por el retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), el cambio no afectará su uso ni lo que paga, como su parte del costo hasta el 1 de enero del próximo año. Hasta esa fecha, probablemente no verá ningún aumento en sus pagos ni restricciones adicionales en el uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay algún cambio en los medicamentos que está tomando que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 ¿Qué tipos de medicamentos *no* están cubiertos por el plan?

Sección 7.1	Tipos de medicamentos que no cubrimos
--------------------	--

Esta sección le informa qué tipos de medicamentos recetados están "excluidos". Esto significa que Medicare no paga por estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo (excepto ciertos medicamentos excluidos cubiertos por nuestra cobertura mejorada de medicamentos). Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido de la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, vaya al Capítulo 9).

Aquí hay tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán bajo la Parte D:

- La cobertura de medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte**D**

- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan generalmente no puede cubrir el uso no indicado en la etiqueta. “Uso no indicado en la etiqueta” es cualquier uso del medicamento que no sea el indicado en la etiqueta del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
- La cobertura para el "uso no indicado en la etiqueta" solo se permite cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del servicio de formulario de American Hospital y el sistema de información DRUGDEX.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos que se enumeran a continuación a través de nuestra cobertura de medicamentos mejorada, por la cual se le puede cobrar una prima adicional. Más información se proporciona a continuación.)

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado
- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales recetados, excepto vitaminas prenatales y preparaciones de fluoruro
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Fármacos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos para pacientes ambulatorios para los cuales el fabricante busca exigir que las pruebas asociadas o los servicios de monitoreo se compren exclusivamente del fabricante como condición de venta

Ofrecemos cobertura adicional de un medicamento recetado (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no está cubierta en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Nuestro plan ofrece un beneficio adicional para un medicamento para la disfunción eréctil (DE). Este medicamento estará cubierto a un costo compartido de Nivel 6 (\$0) durante su fase de cobertura inicial. Sildenafil (Viagra genérico) está cubierto como medicamento de Nivel 6. Está cubierto hasta 6 pastillas por mes (un máximo de 72 pastillas por año). El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este documento).

Además, si está **recibiendo “Ayuda adicional”** para pagar sus recetas, el programa de “Ayuda adicional” no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, su programa estatal de Medicaid puede cubrir algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6).

SECCIÓN 8 **llenar una receta**

Sección 8.1	Proporcione su información de membresía
--------------------	--

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía de su plan, que se puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red facturará automáticamente al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2	¿Qué sucede si no tiene la información de su membresía con usted?
--------------------	--

Si no tiene la información de membresía de su plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que deba pagar el costo total de la receta cuando la recoja**. (Entonces puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el Capítulo 7, Sección 2.1 para obtener información sobre cómo solicitar un reembolso al plan).

SECCIÓN 9 **Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales**

Sección 9.1	¿Qué sucede si está en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan?
--------------------	--

Si lo internan en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos recetados durante su estadía. Una vez que deje el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos recetados siempre que cumplan con todas nuestras reglas de cobertura descritas en este Capítulo.

Sección 9.2	¿Qué sucede si es residente en un centro de atención a largo plazo (LTC)?
--------------------	--

Por lo general, un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si es residente de un centro LTC, puede obtener sus medicamentos

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

recetados a través de la farmacia del centro o de la que utiliza, siempre que forme parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro LTC o la que utiliza es parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o asistencia, comuníquese con Servicios para miembros. Si se encuentra en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D de manera rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC, por sus siglas en inglés) y necesita un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o que está restringido de alguna manera?

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

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

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

En general, si tiene una cobertura de grupo para empleados o jubilados, la cobertura de medicamentos que obtenga de nosotros será *secundaria* a su cobertura de grupo. Eso significa que su cobertura de grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la 'cobertura acreditable':

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso que le informe si su cobertura de medicamentos recetados para el próximo año calendario es “acreditable”.

Si la cobertura del plan grupal es “**acreditable**”, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare .

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

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 9.4 ¿Qué sucede si está en un hospicio certificado por Medicare?**

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., antinauseosos, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no están cubiertos por su hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal y condiciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico que receta o de su proveedor de cuidados paliativos que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrirlo. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de hospicio o recetador que le notifique antes de surtir su receta.

En caso de que revoque su elección de hospicio o sea dado de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos como se explica en este documento. Para evitar demoras en una farmacia cuando termine su beneficio de cuidados paliativos de Medicare, lleve la documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas de seguridad de medicamentos y manejo de medicamentos

Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a usar los medicamentos de manera segura

Llevamos a cabo revisiones del uso de medicamentos para nuestros miembros para asegurarnos de que reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que surta una receta. También revisamos nuestros registros periódicamente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como:

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

Si vemos un posible problema en el uso de sus medicamentos, trabajaremos con su proveedor para corregir el problema.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D**Sección 10.2 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura**

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides recetados y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este programa se llama Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus médicos para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Trabajando con sus médicos, si decidimos que su uso de medicamentos opioides o benzodiazepinas recetados no es seguro, podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de una(s) determinada(s) farmacia(s)
- Requerir que obtenga todas sus recetas de medicamentos opioides o benzodiazepinas de un médico determinado
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepinas que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo puede obtener estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta explicará las limitaciones que creemos que deberían aplicarse a usted. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere usar y sobre cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta para confirmar la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra determinación o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una decisión. Si continuamos negando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No se le asignará a nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o enfermedad de células falciformes, está recibiendo cuidados paliativos, paliativos o al final de su vida, o vive en un centro de atención a largo plazo. instalaciones.

Sección 10.3 Programa de administración de terapia de medicamentos (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama programa de Manejo de Terapia con Medicamentos

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos recetados de la Parte D

(MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para ayudarnos a garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que toman medicamentos para diferentes condiciones médicas y tienen costos altos de medicamentos, o están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios a través de un programa MTM. Un farmacéutico u otro profesional de la salud le dará una revisión completa de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos recetados y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto toma y cuándo y por qué los toma. Además, los miembros del programa MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su visita o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Además, mantenga su lista de medicamentos actualizada y con usted (por ejemplo, con su identificación) en caso de que vaya al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajusta a sus necesidades, automáticamente lo inscribiremos en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, avísenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos
recetados de la Parte D*

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que ayuda a pagar sus medicamentos, es posible que **parte de la información de esta Evidencia de Cobertura sobre los costos de los medicamentos recetados de la Parte D no se aplique a usted**. Le enviamos un inserto por separado, denominado “Cláusula adicional de evidencia de cobertura para personas que reciben ayuda adicional para pagar los medicamentos recetados” (también conocida como “Cláusula adicional de subsidio por bajos ingresos” o “Cláusula adicional LIS”), que le brinda información sobre su medicamento. cobertura. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para miembros y solicite la "Cláusula adicional LIS".

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que paga por los medicamentos recetados de la Parte D. Para simplificar las cosas, usamos “medicamento” en este capítulo para referirnos a un medicamento recetado de la Parte D. Como se explica en el Capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D: algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley. Algunos medicamentos excluidos pueden estar cubiertos por nuestro plan si ha adquirido una cobertura de medicamentos suplementaria.

Para comprender la información de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué reglas seguir cuando obtiene sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5, Secciones 1 a 4 explican estas reglas.

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

Hay diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. La cantidad que paga por un medicamento se denomina “costo compartido” y hay tres formas en que se le puede pedir que pague.

- El “**deducible**” es la cantidad que paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El “**copago**” es una cantidad fija que paga cada vez que obtiene una receta.
- El “**coseguro**” es un porcentaje del costo total que paga cada vez que obtiene una receta.

Sección 1.3 Cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo
--

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Los costos de su bolsillo incluyen los pagos que se enumeran a continuación (siempre que sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas para la cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- La cantidad que paga por medicamentos cuando se encuentra en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa del período sin cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de unirse a nuestro plan .

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo** , se incluyen en los gastos de su bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* si los realizan **otras personas u organizaciones en su nombre**. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia de medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de Salud Indígena. También se incluyen los pagos realizados por el Programa de “Ayuda Adicional” de Medicare.
- Se incluyen algunos pagos realizados por el Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare. Se incluye el monto que paga el fabricante por sus medicamentos de marca. Pero el monto que paga el plan por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasando a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) hayan gastado un total de \$7,400 en gastos de bolsillo dentro del año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Medicamentos recetados cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que realiza por medicamentos cubiertos por nuestra cobertura adicional pero que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos que realiza por medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentra en el período sin cobertura.
- Pagos por sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos por sus medicamentos realizados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Asuntos de Veteranos.
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, Compensación para trabajadores).

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que se mencionan anteriormente, paga parte o la totalidad de los costos de bolsillo por medicamentos, debe informar a nuestro plan llamando a Servicios para miembros.

¿Cómo puede realizar un seguimiento del total de sus gastos de bolsillo?

- **Te ayudaremos** . El informe EOB de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$7,400, este informe le indicará que ha salido de la Etapa de Cobertura Inicial y han pasado a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos** . La Sección 3.2 le dice lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que paga por un medicamento depende de la "etapa de pago del medicamento" en la que se encuentra cuando obtiene el medicamento

Sección 2.1 ¿Cuáles son las etapas de pago de medicamentos para los miembros de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP)?

Hay cuatro “etapas de pago de medicamentos” para su cobertura de medicamentos recetados bajo Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP). La cantidad que paga depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir una receta. Los detalles de cada etapa se encuentran en las Secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Nivel 1: Etapa de deducible anual

Etapa 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapa 3: Etapa del período sin cobertura

Etapa 4: Etapa de Cobertura Catastrófica

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina : no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

SECCIÓN 3 Te enviamos informes que explican los pagos de tus medicamentos y en qué etapa de pago te encuentras

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

Nuestro plan realiza un seguimiento de los costos de sus medicamentos recetados y los pagos que ha realizado cuando obtiene o reabastece sus recetas en la farmacia. De esta manera, podemos informarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En particular, hay dos tipos de costos de los que hacemos un seguimiento:

- Realizamos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se llama su costo de **“desembolso personal”**.
- Mantenemos un registro de sus **“costos totales de medicamentos”**. Esta es la cantidad que paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más la cantidad pagada por el plan.

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

- **Información para ese mes** . Este informe brinda los detalles de pago de las recetas que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.
- **Totales del año desde el 1 de enero**. Esto se llama información del “año hasta la fecha”. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales de sus medicamentos desde que comenzó el año.
- **Información de precios de medicamentos**. Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos en el precio desde el primer surtido para cada reclamo de receta de la misma cantidad.

- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada reclamo de medicamentos recetados.

Sección 3.2	Ayúdenos a mantener actualizada nuestra información sobre sus pagos de medicamentos
--------------------	--

Para realizar un seguimiento de los costos de sus medicamentos y los pagos que realiza por los medicamentos, usamos los registros que obtenemos de las farmacias. Así es como puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cada vez que surta una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de conocer las recetas que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para realizar un seguimiento de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a realizar un seguimiento de los gastos de su bolsillo, envíenos copias de estos recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o usando una tarjeta de descuento que no es parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan bajo un programa de asistencia al paciente de un fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red u otras veces que haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si le facturan un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacer esto, vaya al Capítulo 7, Sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otros han hecho por usted.** Los pagos realizados por ciertas otras personas y organizaciones también cuentan para sus costos de desembolso personal. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos contra el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud Indígena y la mayoría de las organizaciones benéficas cuentan para los costos de su bolsillo. Mantenga un registro de estos pagos y envíenoslos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Consulta el informe escrito que te enviamos.** Cuando recibas el La EOB de la Parte D revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP)

No hay deducible para Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP). Usted comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando obtiene su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial .

SECCIÓN 5 Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga su parte

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

Durante la Etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte del costo de sus medicamentos recetados cubiertos y usted paga su parte (su monto de copago o coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

El plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Cada medicamento en la Lista de Medicamentos del plan está en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1 - Medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos que están disponibles al costo compartido más bajo para el plan
- Nivel 2 - Medicamentos genéricos: Medicamentos genéricos que el plan ofrece a los miembros a un costo igual o superior al costo compartido de los medicamentos del Nivel 1
 - El nivel 2 contiene insulinas selectas cubiertas por el plan (consulte el Capítulo 6, Sección 5.2 para conocer los costos)
- Nivel 3 - Medicamentos de marca preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo más bajo para los miembros que los medicamentos del Nivel 4
 - El nivel 3 contiene insulinas seleccionadas cubiertas por el plan (consulte el Capítulo 6, Sección 5.2 para conocer los costos)
- Nivel 4 - Medicamentos no preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo más alto para los miembros que los medicamentos del Nivel 3
- Nivel 5 - Nivel de especialidad: Incluye un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos genéricos o de marca son los más caros del formulario. El costo compartido de estos medicamentos será más alto que el de los medicamentos del Nivel 4.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Nivel 6 – Medicamentos de atención selecta: Medicamentos genéricos o de marca, incluidos los medicamentos excluidos o los medicamentos que no figuran en otros niveles.

Para averiguar en qué nivel de costo compartido se encuentra su medicamento, búsquelo en la Lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

La cantidad que paga por un medicamento depende de si obtiene el medicamento de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no está en la red del plan. Cubrimos recetas surtidas en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta surtido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo obtener sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias del plan*.

Sección 5.2	Una tabla que muestra los costos de un suministro de un mes de un medicamento
--------------------	--

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

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

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro para un *mes* de un medicamento recetado cubierto por la Parte D:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Costo compartido de nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0	\$0	\$0
Costo compartido de nivel 2 (Genérico)	\$5	\$5	\$5	\$5
Ahorros para personas de la tercera edad: insulinas selectas	\$5	\$5	\$5	\$5
Costo compartido de nivel 3 (Marca preferida)	\$45	\$45	\$45	\$45
Ahorros para personas de la tercera edad: insulinas selectas	\$35	\$35	\$35	\$35
Costo compartido de nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$100	\$100	\$100	\$100
Costo compartido de nivel 5 (Medicamentos especiales)	33%	33%	33%	33%

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (hasta un suministro de 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura está limitada a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (hasta un suministro de 30 días)
Costo compartido de nivel 6 (Medicamentos seleccionados para el cuidado)	\$0	\$0	\$0	\$0

Sección 5.3 Si su médico le receta menos del suministro de un mes completo, es posible que no tenga que pagar el costo del suministro de todo el mes

Por lo general, el monto que paga por un medicamento recetado cubre el suministro de un mes completo. Puede haber momentos en los que usted o su médico deseen tener un suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando está probando un medicamento por primera vez). También puede pedirle a su médico que le recete y a su farmacéutico que le entregue un suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de reabastecimiento para diferentes recetas.

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

- Si es responsable del coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por la cantidad de días del medicamento que recibe en lugar de un mes completo. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la "tasa diaria de costo compartido") y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que muestra los costos de un suministro a largo plazo de un medicamento

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también llamado "suministro extendido"). Un suministro a largo plazo es un Suministro para 90 días.

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

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

Su parte del costo cuando obtiene un suministro a *largo plazo* de un medicamento recetado de la Parte D cubierto:

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Costo compartido de nivel 1 (Genérico preferido)	\$0	\$0
Costo compartido de nivel 2 (Genérico)	\$12	\$12
Ahorros para personas de la tercera edad: insulinas selectas	\$12	\$12
Costo compartido de nivel 3 (Marca preferida)	\$112	\$112
Ahorros para personas de la tercera edad: insulinas selectas	\$105	\$105
Costo compartido de nivel 4 (Medicamento no preferido)	\$250	\$250

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (hasta un suministro de 90 días)	Costo compartido de pedidos por correo (hasta un suministro de 90 días)
Costo compartido de nivel 5 (Medicamentos de especialidad)	No disponible en suministro de día extendido	No disponible en suministro de día extendido
Costo compartido de nivel 6 (Medicamentos seleccionados para el cuidado)	\$0	\$0

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos totales de medicamentos para el año alcancen \$4,660

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que el monto total de los medicamentos recetados que haya surtido alcance el **límite de \$4,660 para la Etapa de Cobertura Inicial** .

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos recetados que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Los pagos realizados por estos medicamentos no contarán para su límite de cobertura inicial ni para los costos totales de su bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a realizar un seguimiento de cuánto usted, el plan y cualquier tercero han gastado en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de \$4,660 en un año.

Te avisaremos si alcanzas esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, dejará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Brecha de Cobertura. Consulte la Sección 1.3 sobre cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Costos en la Etapa de Brecha de Cobertura

Ofrecemos las siguientes coberturas en la Etapa de Brecha de Cobertura:

Tier 1:

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

- Usted paga el mismo copago (\$0) por medicamentos en la brecha que pagó durante la Etapa de cobertura inicial.

El nivel 2:

- Usted paga el mismo copago (\$5 por un suministro de 30 días y \$12 por un suministro de 90 días) por medicamentos en la brecha que pagó durante la Etapa de cobertura inicial.

Para todos los demás niveles (nivel 3, 4, 5 y 6), cuando se encuentra en la Etapa de interrupción de la cobertura, el Programa de descuentos para la interrupción de la cobertura de Medicare ofrece descuentos del fabricante en medicamentos de marca. Usted paga el 25 % del precio negociado y una parte de la tarifa de dispensación de los medicamentos de marca. Tanto el monto que usted paga como el monto descontado por el fabricante cuentan para sus costos de desembolso personal como si los hubiera pagado y lo mueven a través del período sin cobertura.

También recibe alguna cobertura para otros medicamentos genéricos en el Nivel 6. Usted no paga más del 25 % del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo la cantidad que paga cuenta y lo mueve a través de la brecha de cobertura.

Continúa pagando estos costos hasta que los pagos anuales de su bolsillo alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance esta cantidad de \$7,400, dejará la Etapa de interrupción de la cobertura y pasará a la Etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para los costos de su bolsillo (Sección 1.3).

SECCIÓN 7 Durante la Etapa de cobertura catastrófica, el plan paga la mayor parte del costo de sus medicamentos

Ingresa a la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado los \$7,400 límite por año calendario. Una vez que esté en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

Durante esta etapa, el plan pagará la mayor parte del costo de sus medicamentos. Tu vas a pagar:

- **Su parte** del costo de un medicamento cubierto será un coseguro o un copago, lo que sea *mayor* :
 - – *ya sea* – coseguro del 5% del costo del medicamento
 - – *o* – \$ 4.15 por un medicamento genérico o un medicamento tratado como genérico y \$10.35 por todos los demás medicamentos.

SECCIÓN 8 Información de beneficios adicionales

Ofrecemos cobertura adicional de un medicamento recetado (cobertura de medicamentos mejorada) que normalmente no está cubierta en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Capítulo 6 Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D

Nuestro plan ofrece un beneficio adicional para un medicamento para la disfunción eréctil (DE). Este medicamento estará cubierto a un costo compartido de Nivel 6 (\$0) durante su fase de cobertura inicial. Sildenafil (Viagra genérico) está cubierto como medicamento de Nivel 6. Está cubierto hasta 6 pastillas por mes (un máximo de 72 pastillas por año). El monto que paga por estos medicamentos no cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura catastrófica. (La Etapa de Cobertura Catastrófica se describe en el Capítulo 6, Sección 7 de este documento).

SECCIÓN 9 Vacunas de la Parte D. Lo que pagas depende de cómo y dónde los obtengas

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas : nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a servicio de atención a miembros para obtener más información.

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

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la vacuna en sí**.
- La segunda parte de la cobertura es por el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se llama la "administración" de la vacuna).

Los costos de una vacuna de la Parte D dependen de tres cosas:

- 1. El tipo de vacuna** (para lo que está siendo vacunado).
 - Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. (Consulte la *Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que paga)* en el Capítulo 4).
 - Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) del plan*.
- 2. Donde se obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién te da la vacuna.**
 - Un farmacéutico puede administrar la vacuna en la farmacia u otro proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que paga al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué etapa del fármaco se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo del proveedor para administrarle la vacuna. Puede pedirle a nuestro plan que le reembolse nuestra parte del costo.
- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo pagará su parte del costo según su beneficio de la Parte D.

A continuación se presentan tres ejemplos de formas en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Se vacuna en la farmacia de la red. (El hecho de que tenga esta opción depende de dónde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias den vacunas).

- Usted le pagará a la farmacia su copago por la vacuna misma, que incluye el costo de administrarle la vacuna.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Obtiene la vacuna de la Parte D en el consultorio de su médico.

- Cuando reciba la vacuna, pagará el costo total de la vacuna y el costo del proveedor para dársela.
- Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el monto que pagó menos su copago normal por la vacuna (incluida la administración) (si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en su farmacia y luego la lleva al consultorio de su médico donde le administran la vacuna.

- Deberá pagarle a la farmacia su copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le dé la vacuna, usted pagará el costo total de este servicio. Luego puede pedirle a nuestro plan que pague nuestra parte del costo utilizando los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Se le reembolsará el importe cobrado por el médico por la administración de la vacuna. (Si recibe “Ayuda adicional”, le reembolsaremos esta diferencia).

CAPÍTULO 7:

Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento recetado, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede descubrir que pagó más de lo que esperaba según las reglas de cobertura del plan. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle a menudo se denomina “reembolsarle”). Tiene derecho a que nuestro plan le reembolse cada vez que haya pagado más de su parte del costo por servicios médicos o medicamentos que están cubiertos por nuestro plan. Puede haber plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que ha recibido o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Estos son ejemplos de situaciones en las que puede necesitar pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero o que pague una factura que ha recibido:

1. Cuando ha recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no está en la red de nuestro plan

Puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor sea parte de nuestra red o no. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si accidentalmente paga el monto total usted mismo en el momento en que recibe la atención, pídanos que le reembolsemos nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado.
- Es posible que reciba una factura del proveedor solicitando un pago que cree que no debe. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya realizado.
 - Si se le debe algo al proveedor, le pagaremos directamente al proveedor.
 - Si ya pagó más de su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le devolveremos nuestra parte del costo.

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

2. Cuando un proveedor de la red te envía una factura que crees que no debes pagar

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

- Solo tiene que pagar el monto de su costo compartido cuando obtiene los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina "facturación de saldo". Esta protección (que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica incluso si le pagamos al proveedor menos de lo que cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Cada vez que reciba una factura de un proveedor de la red que crea que es más de lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y solicite que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el cantidad que debía bajo el plan.

3. Cuando está inscrito retroactivamente en nuestro plan

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

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo cualquiera de los servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviar documentos como recibos y facturas para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando usa una farmacia fuera de la red para surtir una receta

Si va a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda enviarnos el reclamo directamente. Cuando eso suceda, tendrá que pagar el costo total de su receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Vea el Capítulo 5, Sección 2.5 para una discusión de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no tiene su tarjeta de membresía del plan con usted

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

Capítulo 7 Solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos solicite que le reembolsemos nuestra parte del costo.

6. Cuando paga el costo total de una receta en otras situaciones

Es posible que pague el costo total del medicamento recetado si descubre que el medicamento no está cubierto por algún motivo.

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

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

SECCIÓN 2 Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que ha recibido

Puedes solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es una buena idea hacer una copia de su factura y recibos para sus registros. **Debe enviarnos su reclamo dentro de los 90 días posteriores** a la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Para asegurarse de que nos está dando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede completar nuestro formulario de reclamo para realizar su solicitud de pago.

- No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Necesitaremos su nombre, fecha de servicio, artículos solicitados para reembolso y una copia de su pago.
- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web www.goldkidney.com o llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario.

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

Para reclamos médicos:
medicamentos:

Gold Kidney Health Plan Inc.
ATENCIÓN: Reembolsos Médicos

Para reclamaciones de

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
ATENCIÓN: Reclamos (Reembolsos)

apartado de correos 14050
Scottsdale, Arizona 85267

Apartado postal 509098
San Diego, CA 92150-09108

SECCION 3 Consideraremos su solicitud de pago y le diremos sí o no.

Sección 3.1 Verificamos si debemos cubrir el servicio o medicamento y cuánto debemos
--

Cuando recibamos su solicitud de pago, le informaremos si necesitamos información adicional de usted. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió todas las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Si ya pagó por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado por el servicio o medicamento, le enviaremos el pago por correo directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos, o si usted *no* siguió todas las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no estamos enviando el pago y sus derechos para apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos que no pagaremos la totalidad o parte de la atención médica o el medicamento, puede presentar una apelación.

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelación es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para los detalles sobre cómo hacer esta apelación, vaya al Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Sección 1.1	Debemos proporcionar información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas que no sean inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)
--------------------	---

Se requiere que su plan garantice que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o aquellos con diversidad cultural. y orígenes étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la provisión de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si lo necesita. Estamos obligados a brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de nosotros de una manera que funcione para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan debe brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar a especialistas en salud de la mujer o encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante nuestro plan llamando al número que se proporciona en el Capítulo 2, Sección 1 titulada “Cómo comunicarse con nosotros cuando presenta una queja sobre su atención médica” o sobre su cobertura de medicamentos recetados. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que usted entienda y que sea acorde con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además del inglés, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)**

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o alguna discapacidad, y aquellos con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de formas en las que un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, la prestación de servicios de traducción e interpretación y el uso de teletipos o conexión TTY (teléfono de texto).

El plan cuenta con servicios de interpretación gratis para responder las preguntas de los miembros que no hablan en inglés. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande o en otro formato alternativo sin costo alguno en caso de que lo necesite. Tenemos la obligación de darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que usted entienda, llame a Atención al Miembro.

El plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para obtener servicios de atención médica rutinaria y preventiva de la mujer.

Si no hay proveedores de la red del plan para una especialidad disponible, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los gastos compartidos que correspondan dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran el servicio que usted necesita, llame al plan para que le indiquen a dónde dirigirse a fin de obtener este servicio por el costo compartido que correspondería dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para acudir a un especialista en salud femenina o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja a nuestro plan al número indicado en la sección 1 del capítulo 2, titulado “Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre sus servicios médicos o su cobertura de medicamentos recetados”. También puede presentar una queja a Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que obtenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) en la red del plan para proporcionar y coordinar sus servicios cubiertos. También tiene derecho a ir a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin una remisión.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Tiene derecho a obtener citas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período de tiempo razonable*. Esto incluye el derecho a obtener servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o resurtir sus recetas en cualquiera de nuestras farmacias de la red sin demoras prolongadas.

Si cree que no está recibiendo su atención médica o los medicamentos de la Parte D dentro de un período de tiempo razonable, el Capítulo 9 le indica lo que puede hacer.

Sección 1.3	Debemos proteger la privacidad de su información médica personal
--------------------	---

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

- Su “información de salud personal” incluye la información personal que nos proporcionó cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se usa su información de salud. Le entregamos un aviso por escrito, denominado “Aviso de prácticas de privacidad”, que informa sobre estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Excepto en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de dar su información de salud a cualquier persona que no le brinde ni pague por su atención, *debemos obtener un permiso por escrito de usted o de alguien a quien le haya otorgado poder legal para tomar decisiones. tú primero.*
- Hay ciertas excepciones que no requieren que primero obtengamos su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o requeridas por la ley.
 - Estamos obligados a divulgar información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Debido a que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, debemos brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que la información que lo identifica de manera única no se comparta.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros**

Tiene derecho a ver sus registros médicos que se encuentran en el plan ya obtener una copia de sus registros. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que hagamos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos solicita que hagamos esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si se deben realizar los cambios.

Tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros para cualquier propósito que no sea de rutina.

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

Sección 1.4	Debemos brindarle información sobre el plan, su red de proveedores y sus servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), tiene derecho a obtener varios tipos de información de nosotros.

Si desea alguno de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para miembros:

- **Información sobre nuestro plan** . Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera del plan.
- **Información sobre nuestra red de proveedores y farmacias.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las reglas que debe seguir al usar su cobertura.** Los capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 brindan información sobre la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 brinda información sobre cómo solicitar una explicación por escrito sobre por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no está cubierto o si su cobertura

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre su atención
--------------------	---

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

Tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicarle su condición médica y sus opciones *de tratamiento de una manera que usted pueda comprender* .

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus médicos sobre qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos incluyen lo siguiente:

- **Para saber acerca de todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, sin importar el costo o si están cubiertas por nuestro plan . También incluye recibir información sobre los programas que ofrece nuestro plan para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de manera segura.
- **Para saber sobre los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con anticipación si alguna atención o tratamiento médico propuesto es parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.
- **El derecho a decir “no.”** Tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a abandonar un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja que no lo haga. También tiene derecho a dejar de tomar su medicación. Por supuesto, si rechaza el tratamiento o deja de tomar la medicación, acepta toda la responsabilidad por lo que le suceda a su cuerpo como resultado.

Tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas se vuelven incapaces de tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tienes derecho a decir lo que quieres que suceda si te encuentras en esta situación. Esto significa que, *si lo desea* , puede:

- Complete un formulario por escrito para otorgar a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si alguna vez no puede tomar decisiones por sí mismo.
- **Dé a sus médicos instrucciones por escrito** sobre cómo quiere que manejen su atención médica si usted no puede tomar decisiones por sí mismo.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede usar para dar instrucciones por adelantado en estas situaciones se denominan " **directrices anticipadas** ". Hay diferentes tipos de directivas anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos denominados " **testamento en vida** " y " **poder notarial para atención médica** " son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea utilizar una "instrucción anticipada" para dar sus instrucciones, esto es lo que debe hacer:

- **Obtenga el formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un trabajador social o de algunas tiendas de artículos de oficina. A veces, puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que brindan información sobre Medicare a las personas.
- **Rellénelo y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar tener un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas apropiadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico ya la persona que nombre en el formulario que puede tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Mantenga una copia en casa.

Si sabe con anticipación que lo van a hospitalizar y ha firmado una directiva anticipada, **lleve una copia al hospital** .

- El hospital le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo tiene consigo.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntará si desea firmar uno.

Recuerde, es su elección si desea completar una directiva anticipada (incluso si desea firmar una si está en el hospital). De acuerdo con la ley, nadie puede negarle atención ni discriminarlo en función de si ha firmado o no una directiva anticipada.

¿Qué pasa si no se siguen sus instrucciones?

Si ha firmado una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante el Programa de Asistencia sobre Seguros Médicos del Estado de Arizona escribiendo a la División de Servicios para Adultos y Personas Mayores del DES, Arizona. Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, 1789 W. Jefferson Street, #950A, Phoenix, AZ 85007, o por teléfono al 1-800-432-4040. Los usuarios de TTY pueden llamar gratis al Servicio de Retransmisión de Arizona al 711. También puede visitar el sitio web del Programa de Asistencia con el Seguro Médico del Estado de Arizona en: <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance> .

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades**Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado.**

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Haga lo que haga, solicite una decisión de cobertura, presente una apelación o presente una queja, **estamos obligados a tratarlo de manera justa** .

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que está siendo tratado injustamente o que no se respetan sus derechos?**Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles**

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, etnia, credo (creencias), edad, orientación sexual u origen nacional, debe llamar al Departamento de **Oficina de Derechos Civiles de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697, o llame a su Oficina de Derechos Civiles local.

¿Se trata de otra cosa?

Si cree que ha sido tratado injustamente o que no se han respetado sus derechos, y *no se* trata de discriminación, puede obtener ayuda para resolver el problema que está teniendo:

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

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Hay varios lugares donde puede obtener más información sobre sus derechos:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros** .
- Puedes **llamar al SHIP** . Para más detalles, vaya al Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare** .
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación “Medicare Rights & Protecciones”. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 2 Tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se enumeran a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las reglas que debe seguir para obtener estos servicios cubiertos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para saber qué está cubierto para usted y las reglas que debe seguir para obtener sus servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 brindan los detalles sobre su cobertura de medicamentos recetados de la Parte D.
- **Si tiene otra cobertura de seguro de salud o cobertura de medicamentos recetados Además de nuestro plan, debe informarnos.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía del plan cada vez que reciba atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciéndoles preguntas y dando seguimiento a su atención.**
 - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos sepan todos los medicamentos que está tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de preguntar y obtener una respuesta que pueda entender.
- **Se considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, hospitales y otros consultorios.
- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe continuar pagando una prima por su Medicare Parte B para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando recibe el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos recetados.
 - Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a su ingreso anual, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- **Si se muda *dentro de* nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para poder mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que informe al Seguro Social (o a la Junta de Retiro Ferroviario).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tienes un problema o
queja (decisiones de cobertura,
apelaciones, quejas)*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo explica dos tipos de procesos para manejar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso de decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas**; también llamados agravios.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de reglas, procedimientos y plazos que debemos seguir tanto nosotros como usted.

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

Sección 1.2	¿Qué pasa con los términos legales?
--------------------	--

Existen términos legales para algunas de las reglas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas y pueden ser difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Usa palabras más simples en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice "presentar una queja" en lugar de "presentar una queja", "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 utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, ya veces muy importante, conocer los términos legales correctos. Saber qué términos utilizar le ayudará a comunicarse con mayor precisión para obtener la ayuda o la información adecuada para su situación. Para ayudarlo a saber qué términos usar, incluimos términos legales cuando brindamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para ayudarle. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe comunicarse con el servicio al cliente para obtener ayuda. Pero en algunas situaciones, es posible que también desee ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación hay dos entidades que pueden ayudarlo.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está conectado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a comprender qué proceso debe usar para manejar un problema que tenga. También pueden responder a sus preguntas, brindarle más información y ofrecerle orientación sobre qué hacer.

Los servicios de los consejeros de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las URL de los sitios web en el Capítulo 2, Sección 3 de este documento.

Seguro médico del estado

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- También puede visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov).

SECCION 3 Para hacer frente a su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene un problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se aplican a su situación. La guía que sigue le ayudará.

¿Su problema o preocupación se relaciona con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica o los medicamentos recetados están cubiertos o no, la forma en que están cubiertos y los problemas relacionados con el pago de la atención médica o los medicamentos recetados.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, la **Sección 4, “Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones”**.

No.

Vaya directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **“Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes”**.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES****SECCIÓN 4 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y las apelaciones****Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: el panorama general**

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se ocupan de problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de servicios médicos y medicamentos recetados, incluido el pago. Este es el proceso que utiliza para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que algo está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos. Por ejemplo, el médico de la red de su plan toma una decisión de cobertura (favorable) por usted cada vez que recibe atención médica de él o ella o si su médico de la red lo remite a un especialista médico. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros y solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico en particular o si se niega a brindarle la atención médica que cree que necesita. En otras palabras, si desea saber si cubriremos un servicio médico antes de que lo reciba, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura por usted.

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

Estamos tomando una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podemos decidir que un servicio o medicamento no está cubierto o que Medicare ya no lo cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

hacer un llamamiento

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede “apelar” la decisión. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hemos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

"rápida" de una decisión de cobertura. Su apelación es manejada por revisores diferentes a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, esto se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para verificar si estábamos siguiendo las reglas correctamente. Cuando hayamos completado la revisión, le comunicaremos nuestra decisión. En circunstancias limitadas, se rechazará una solicitud de apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Los ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si no desestimamos su caso pero rechazamos toda o parte de su apelación de Nivel 1, puede pasar a una apelación de Nivel 2. La apelación de Nivel 2 la lleva a cabo una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros. (Las apelaciones por servicios médicos y medicamentos de la Parte B se enviarán automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2; no es necesario que haga nada) .Para las apelaciones de medicamentos de la Parte D, si rechazamos toda o parte de su apelación, deberá solicitar una apelación de Nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo. Si no está satisfecho con la decisión en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de niveles de apelación adicionales (la Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Aquí hay recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Puede **llamarnos a Servicios para Miembros** .
- Puede **obtener ayuda gratuita** de su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.goldkidney.com).
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación es denegada en el Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
 - Para los medicamentos recetados de la Parte D, su médico u otra persona que receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

nombre. Si se niega su apelación de Nivel 1, su médico o recetador puede solicitar una apelación de Nivel 2.

- **Puede pedirle a alguien que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe en su nombre como su "representante" para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si desea que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de "Nombramiento de representante". (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.goldkidney.com). El formulario le da permiso a esa persona para actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que desea que actúe en su nombre. Debe entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos comenzar ni completar nuestra revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación (nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación), se desestimarán su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito explicando su derecho a solicitar a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.
- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede ponerse en contacto con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de referencia. También hay grupos que le brindarán servicios legales gratuitos si reúne los requisitos. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo proporciona los detalles de su situación?
--------------------	--

Hay cuatro situaciones diferentes que involucran decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene reglas y plazos diferentes, detallamos cada una en una sección separada:

- **Sección 5** de este capítulo: “Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 6** de este capítulo: “Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación”
- **Sección 7** de este capítulo: “Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto”
- **Sección 8** de este capítulo: “Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto” (*Se aplica solo a estos servicios:* atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF))

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Si no está seguro de qué sección debe usar, llame a Servicios para miembros. También puede obtener ayuda o información de organizaciones gubernamentales como su SHIP.

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

Sección 5.1	Esta sección le dice qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura de atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención y servicios médicos. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (lo que está cubierto y lo que pagas)*. Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a "cobertura de atención médica" o "atención médica", que incluye artículos y servicios médicos, así como medicamentos recetados de la Parte B de Medicare. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos recetados de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo cierta atención médica que desea y cree que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Pida una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan, pero hemos dicho que no pagaremos por esta atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado atención médica que cree que debería estar cubierta por el plan y desea solicitar que nuestro plan le reembolse dicha atención. **Envíanos la factura. Sección 5.5**
5. Se le informa que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo y que aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y usted cree que reducir o suspender esta atención podría dañar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para atención hospitalaria, atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF), debe

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura involucra su atención médica, se denomina **“determinación de la organización”**.

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina **“determinación acelerada”**.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Por lo general, se toma una “decisión de cobertura estándar” dentro de los 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Por lo general, se toma una “decisión de cobertura rápida” dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Solo puede *solicitar* cobertura para la atención médica *que aún no ha recibido*.
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el uso de los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar*.
- **Si su médico nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, aceptaremos automáticamente darle una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que usaremos los plazos estándar
 - Explica que si su médico solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida
 - Explica que puede presentar una "queja rápida" sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pídale a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El capítulo 2 tiene información de contacto.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándar, utilizamos los plazos estándar.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud **de un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un **medicamento recetado de la Parte B** de Medicare, le daremos una respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).

Para las decisiones de Cobertura Rápida usamos un marco de tiempo acelerado

Una decisión de **cobertura rápida significa que responderemos dentro de las 72 horas si su solicitud es para un artículo o servicio médico**. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, le responderemos dentro de las 24 horas.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos más que pueda beneficiarlo, **podemos demorar hasta 14 días más**. Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas). Te llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de atención médica que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de atención médica se denomina **“reconsideración” del plan.**

Una “apelación rápida” también se denomina **“reconsideración acelerada”.**

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 30 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted y/o su médico deberán decidir si necesita una “apelación rápida”. Si su médico nos dice que su salud requiere una “apelación rápida”, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Pida a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si está solicitando una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.**
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.
- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud.
- Recopilaremos más información si es necesario, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, podemos **demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas (o al final del período de tiempo extendido si tomamos días adicionales), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada. por una organización de revisión independiente . La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una “apelación estándar”

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare que aún no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos demorarnos hasta 14 días calendario más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico . Si tomamos días adicionales, se lo informaremos por escrito. No podemos tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si cree que *no* debemos tomar días adicionales, puede presentar una "queja rápida". Cuando presenta una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja dentro de las 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre quejas).
 - Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período de tiempo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, donde una organización de revisión independiente revisará la apelación. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura dentro de los 30 días calendario si su

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- solicitud es para un artículo o servicio médico, o **dentro de los 7 días calendario** si su solicitud es para una Parte B de Medicare. medicamento recetado
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, enviaremos automáticamente su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se realiza una apelación de Nivel 2

Término Legal

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

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare** . No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su “expediente de caso”. **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso** .
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si tuvo una "apelación rápida" en el Nivel 1, también tendrá una "apelación rápida" en el Nivel 2

- Para la “apelación rápida”, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más** . La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

Si tuvo una “apelación estándar” en el Nivel 1, también tendrá una “apelación estándar” en el Nivel 2

- Para la "apelación estándar", si su solicitud es para un artículo o servicio médico , la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Si su solicitud es

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación.

- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recopilar más información que pueda beneficiarlo, **puede demorar hasta 14 días calendario más**. La organización de revisión independiente no puede tomar más tiempo para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.

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

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

- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica dentro de las 72 horas o brindar el servicio dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para solicitudes aceleradas, tenemos 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B dentro de las **72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión para las **solicitudes estándar**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que no se debe aprobar su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica. (Esto se llama “mantener la decisión” o “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión
 - Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelación.
 - Informarle cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de su apelación de Nivel 2.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le pagemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	---

El Capítulo 7 describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o pagar una factura que recibió de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación que nos pide el pago.

Solicitar un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación solicitando el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó es un servicio cubierto. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si decimos que sí a su solicitud** : Si la atención médica está cubierta y siguió todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud. Si no ha pagado por los servicios, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si decimos que no a su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o *no* siguió todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta que dice que no pagaremos por los servicios y las razones por las cuales.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación** . Si presenta una apelación, significa que nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para realizar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección 5.3 . Para apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta:

- Debemos darle nuestra respuesta dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de su apelación. Si nos solicita que le reembolsemos la atención médica que ya recibió y pagó, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelación después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor dentro de los 60 días calendario.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 6 Sus medicamentos recetados de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o desea que le reembolsemos el costo de un medicamento de la Parte D.

Sus beneficios incluyen cobertura para muchos medicamentos recetados. Para estar cubierto, el medicamento debe usarse para una indicación médicamente aceptada. (Consulte el Capítulo 5 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las reglas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata únicamente sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos "medicamento" en el resto de esta sección, en lugar de repetir "medicamento recetado para pacientes ambulatorios cubierto" o "medicamento de la Parte D" cada vez. También usamos el término "lista de medicamentos" en lugar de "Lista de medicamentos cubiertos" o "Formulario".

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las reglas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito que explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término Legal

Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina "**determinación de cobertura**".

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le dice lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar la cobertura de un medicamento de la Parte D que no se encuentra en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Pide una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Pide una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar pagar un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Pide una excepción. Sección 6.2**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Pida una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pague un medicamento recetado que ya compró. **Pídenos que te devolvamos el dinero. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Solicitar la cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos a veces se denomina solicitar una **“excepción del formulario”**.

Solicitar la eliminación de una restricción en la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **"excepción del formulario"**.

Solicitar pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **"excepción de nivel"**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que lo estuviera, puede pedirnos que hagamos una “excepción”. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona que receta deberá explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son [tres](#) ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D para usted que no está en nuestra Lista de medicamentos.** Si acordamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4 . No puede solicitar una excepción al monto del costo compartido que le exigimos que pague por el medicamento.
2. **Eliminación de una restricción para un medicamento cubierto .** El Capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos. Si acordamos hacer una excepción y renunciar a una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto del copago o coseguro que le exigimos que pague por el medicamento .
3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.** Cada medicamento de nuestra Lista de medicamentos se encuentra en uno de los seis

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el nivel de costo compartido, menos pagará como parte del costo del medicamento.

- Si nuestra lista de medicamentos contiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en un nivel de costo compartido más bajo que su medicamento, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.) .
- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento a un costo compartido más bajo. Este sería el costo de nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su condición.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas de marca para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contiene alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que no puede tomar, por lo general pagará el monto más bajo.

Sección 6.3 Cosas importantes que debe saber acerca de solicitar excepciones

Su médico debe decirnos las razones médicas.

Su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro médico cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas diferentes posibilidades se denominan medicamentos “alternativos”. Si un medicamento alternativo fuera tan efectivo como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de niveles, generalmente *no* aprobaremos su solicitud de excepción a menos que todos los medicamentos alternativos en los niveles de costos compartidos más bajos no funcionen tan bien para usted o es probable que causen una reacción adversa. u otro daño.

Podemos decir sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación generalmente es válida hasta el final del año del plan. Esto es cierto siempre y cuando su médico continúe recetándole el medicamento y ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede solicitar otra revisión presentando una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 6.4 Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término Legal

Una “decisión de cobertura rápida” se denomina “**determinación de cobertura acelerada**”.

Paso 1: Decida si necesita una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Las “**decisiones de cobertura estándar**” se toman dentro de **las 72 horas** después de que recibamos la declaración de su médico. Las “**decisiones de cobertura rápidas**” se toman dentro de **las 24 horas** posteriores a la recepción de la declaración de su médico.

*Si su salud lo requiere, pídanos que le demos una “decisión de cobertura rápida”. A obtener una decisión de **cobertura rápida**, debe cumplir con dos requisitos:*

- Debe estar solicitando un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le reembolse una decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya compró).
- El uso de los plazos estándar podría causar un daño grave a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otra persona que receta nos dice que su salud requiere una “decisión de cobertura rápida”, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o recetador, decidiremos si su salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otra persona que receta solicita la decisión de cobertura rápida, automáticamente le daremos una decisión de cobertura rápida.
 - Le informa cómo puede presentar una “queja rápida” sobre nuestra decisión de darle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su reclamación en un plazo máximo de 24 horas desde su recepción.

Paso 2: Solicite una “decisión de cobertura estándar” o una “decisión de cobertura rápida”.

Comience llamando, escribiendo o enviando un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisión de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. El capítulo 2 tiene

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamo denegado se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona que prescribe) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La Sección 4 de este capítulo explica cómo puede otorgar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si está solicitando una excepción, proporcione la "declaración de respaldo"**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona que receta puede enviarnos el estado de cuenta por fax o correo. O su médico u otra persona que receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento por fax o correo postal si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una "decisión rápida de cobertura"

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 24 horas posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una "decisión de cobertura estándar" sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente .
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar **dentro de las 72 horas**

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

posteriores a la recepción de su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para una “decisión de cobertura estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente .
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si decimos que no, tiene derecho a solicitarnos que reconsideremos esta decisión presentando una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que pasará al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 6.5

Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina “**redeterminación**” del plan.

Una “apelación rápida” también se denomina “**redeterminación acelerada**”.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Decida si necesita una “apelación estándar” o una “apelación rápida”.

Una “apelación estándar” generalmente se realiza dentro de los 7 días. Una “apelación rápida” generalmente se realiza dentro de las 72 horas. Si su salud lo requiere, solicite una “apelación rápida”

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico u otra persona que le recete deberán decidir si necesita una “apelación rápida”.
- Los requisitos para obtener una “apelación rápida” son los mismos que para obtener una “decisión de cobertura rápida” en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una “apelación rápida”.

- **Para apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito.**
- **Para apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al 1-888-672-7206 (TTY 711)** . El capítulo 2 tiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información sobre su reclamo para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación dentro de los 60 días calendario** a partir de la fecha del aviso por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumplió con esta fecha límite y tiene una buena razón para hacerlo, explique la razón por la cual su apelación se atrasó cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Los ejemplos de una buena causa pueden incluir una enfermedad grave que le impidió comunicarse con nosotros o si le proporcionamos información incorrecta o incompleta sobre la fecha límite para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información en su apelación y agregar más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.
- Cuando revisamos su apelación, volvemos a analizar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando dijimos que no a su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con usted, su médico u otra persona que prescribe para obtener más información.

Plazos para una “apelación rápida”

- Para apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación** . Le daremos nuestra respuesta antes si su salud así lo requiere.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura que hemos acordado proporcionar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es no a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué dijimos que no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” por un medicamento que aún no ha recibido

- Para las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud nos exige que lo hagamos.
 - Si no le comunicamos una decisión dentro de los 7 días calendario, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa en parte o en todo lo que solicitó**, debemos brindarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explica por qué rechazamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una “apelación estándar” sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde será revisada por una organización de revisión independiente .
- **Si nuestra respuesta es sí a una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también estamos obligados a realizarle el pago dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es no a parte o todo lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito que explique por qué le dijimos que no. También le diremos cómo puede apelar.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelación y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasará al Nivel 2 del proceso de apelación.

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo hacer una apelación de Nivel 2
--------------------	---

Término Legal

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare . No está conectado con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante o su médico u otra persona que prescribe) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, la notificación por escrito que le enviamos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de Nivel 2** con la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos debe seguir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de "en riesgo" según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se llama su "expediente de caso". **Tiene derecho a solicitarnos una copia del expediente de su caso .**
- Tiene derecho a proporcionar a la organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Plazos para la "apelación rápida"

- Si su salud lo requiere, solicite a la organización de revisión independiente una "apelación rápida".

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Si la organización accede a darle una “apelación rápida”, la organización debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de su solicitud de apelación.

Plazos para la "apelación estándar"

- Para las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 7 días calendario** posteriores a la recepción de su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 14 días calendario** posteriores a la recepción de su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para "apelaciones rápidas":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura de medicamentos que aprobó la organización de revisión **dentro de las 24 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

Para "apelaciones estándar":

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **dentro de las 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago dentro de los 30 días calendario** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión dice que no a su apelación?

Si esta organización rechaza una **parte o la totalidad de** su apelación, significa que está de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de su solicitud). (Esto se llama “mantener la decisión”. También se llama “rechazar su apelación”). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificarle sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando alcanza cierto mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión en el Nivel 2 es definitiva.
- Indicándole el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted elige si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea continuar con la apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 7 Cómo pedirnos que cubramos una estadía hospitalaria más prolongada si cree que el médico lo está dando de alta demasiado pronto

Cuando es admitido en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía cubierta en el hospital, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararlo para el día en que dejará el hospital. Le ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar después de que se vaya.

- El día en que sale del hospital se llama su “ **fecha de alta** ”.
- Cuando se decida la fecha de su alta, su médico o el personal del hospital se lo comunicarán.
- Si cree que se le está pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede solicitar una estadía más prolongada en el hospital y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante su estadía en el hospital como paciente hospitalizado, recibirá un aviso por escrito de Medicare que le informa sobre sus derechos
--

Dentro de los dos días de ser admitido en el hospital, se le entregará un aviso por escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todos los que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

1. **Lea este aviso detenidamente y haga preguntas si no lo entiende.** Te dice:

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su estadía en el hospital, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
 - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
 - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle de alta si cree que le están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y legal de solicitar un retraso en la fecha de su alta para que cubramos su atención hospitalaria durante más tiempo.
- 2. Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
 - Firmar el aviso *solo* demuestra que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no da su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.
- 3. Mantenga su copia** del aviso a mano para que tenga la información sobre cómo presentar una apelación (o informar una inquietud sobre la calidad de la atención) si la necesita.
- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
 - Para ver una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para Miembros o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices .

Sección 7.2

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante más tiempo, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumplir con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita** . Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Verifica si su fecha de alta planificada es médicamente apropiada para usted.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de la salud pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Esto incluye revisar las fechas de alta hospitalaria para las personas con Medicare. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debes actuar rápidamente.

¿Cómo se puede contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo 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 el Capítulo 2.

Actúa rápido:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad *antes* de salir del hospital y **antes de la medianoche del día de su alta** .
 - **Si cumple con este plazo** , puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar* mientras espera la decisión de la Organización para el mejoramiento de la calidad.
 - **Si no cumple con este plazo** y decide permanecer en el hospital después de la fecha de alta planificada, *es posible que deba pagar todos los costos* de la atención hospitalaria que reciba después de la fecha de alta planificada.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad y aún desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan . Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 7.4.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después de que nos contactemos, le daremos un **Aviso detallado de alta** . Este aviso le brinda la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso detallado de alta** llamando a Servicios para Miembros o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048). O puede ver un aviso de muestra en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices .

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- Los revisores también revisarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hemos proporcionado.
- Para el mediodía del día posterior a la fecha en que los revisores nos informaron de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte con la fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las cuales su médico, el hospital y nosotros pensamos que es correcto (médicamente apropiado) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de que tenga toda la información necesaria, la Organización para el mejoramiento de la calidad le dará la respuesta a su apelación.

¿Qué pasa si la respuesta es sí?

- Si la organización de revisión dice que *sí*, **debemos seguir brindándole los servicios hospitalarios cubiertos durante el tiempo que estos servicios sean médicamente necesarios.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es no?

- Si la organización de revisión dice que *no*, está diciendo que su fecha de alta planificada es médicamente adecuada. Si esto sucede, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *siguiente* a la fecha en que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta a su apelación.
- Si la organización de revisión *rechaza* su apelación y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior a que la Organización para el mejoramiento de la calidad le dé su respuesta a su apelación.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el mejoramiento de la calidad ha *rechazado* su apelación y usted permanece en el hospital después de la fecha de alta planificada, entonces puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que pasará al "Nivel 2" del proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 7.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta hospitalaria**

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar su decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días calendario** posteriores al día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

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

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de su solicitud de apelación de Nivel 2, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.*Si la organización de revisión dice que sí:*

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que ha 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 seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria durante el tiempo que sea médicamente necesario .**
- Debe seguir pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión dice que no:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron en su apelación de Nivel 1. Esto se llama “mantener la decisión”.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea ir a una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 7.4	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Término Legal

Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " apelación acelerada ".
--

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de Nivel 1 de su alta hospitalaria. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de su fecha de alta planificada, verificando si fue médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estadía en el hospital. Verificamos si su fecha de alta planificada fue médicamente adecuada. Vemos si la decisión sobre cuándo debe salir del hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Le comunicamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida".

- **Si decimos que sí a su apelación**, significa que hemos acordado con usted que aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Continuaremos brindando sus servicios hospitalarios cubiertos para pacientes internados durante el tiempo que sean médicamente necesarios. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si decimos que no a su apelación**, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era médicamente adecuada. Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes internados termina el día en que dijimos que terminaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que recibió después de la fecha de alta planificada.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, su caso pasará automáticamente al siguiente nivel del proceso de apelación.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Término Legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces se le llama " IRE ".

La **organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionado con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe cambiarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una "revisión rápida" de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación de su alta hospitalaria.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde la fecha de su alta planificada. También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo continuaríamos cubriendo sus servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo en que su fecha de alta hospitalaria planificada era médicamente adecuada.
 - El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará cómo iniciar una apelación de Nivel 3 con el proceso de revisión, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si los revisores rechazan su apelación de Nivel 2, usted decide si acepta su decisión o continúa con la apelación de Nivel 3.
- La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finaliza demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios:</i> Atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés)
--------------------	---

Cuando **recibe servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios)**, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios cubiertos para ese tipo de atención durante el tiempo que sea necesario para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informarle con anticipación. Cuando termine su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Sección 8.2 Le informaremos con anticipación cuándo finalizará su cobertura

Término Legal

“Aviso de no cobertura de Medicare”. Le dice cómo puede solicitar una **“apelación acelerada”**. Solicitar una apelación acelerada es una forma formal y legal de solicitar un cambio en nuestra decisión de cobertura sobre cuándo suspender su atención.

- 1. Recibe un aviso por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso te dice:
 - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
 - Cómo solicitar una "apelación acelerada" para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
- 2. Se le pedirá a usted , oa alguien que actúe en su nombre,** que firme la notificación por escrito para demostrar que la recibió. Firmar el aviso *solo* muestra que ha recibido la información sobre cuándo terminará su cobertura. **Firmarlo no significa que está de acuerdo** con la decisión del plan de suspender la atención.

Sección 8.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo

Si desea solicitarnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más prolongado, deberá utilizar el proceso de apelaciones para realizar esta solicitud. Antes de comenzar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumplir con las fechas límite.**
- **Pida ayuda si la necesita .** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para miembros. O llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante un Apelación de nivel 1, la Organización para el mejoramiento de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada.

La **Organización de Mejora de la Calidad** es un grupo de médicos y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención para las personas con Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no son parte de nuestro plan.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 1: Haga su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite *una apelación acelerada*. Debes actuar rápidamente.

¿Cómo se puede contactar con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) le indica cómo 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 el Capítulo 2

Actúa rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigencia** del Aviso de no cobertura de Medicare.

Su fecha límite para ponerse en contacto con esta organización.

- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad y aún desea presentar una apelación, debe presentarla directamente ante nosotros. Para obtener detalles sobre esta otra forma de presentar su apelación, consulte la Sección 8.5.

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

Término Legal
“ Explicación detallada de la falta de cobertura ”. Aviso que proporciona detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante este análisis?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el mejoramiento de la calidad ("los revisores") le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que debe continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha proporcionado.
- Al final del día en que los revisores nos informen sobre su apelación, recibirá de nosotros una **Explicación detallada de la falta de cobertura** que explica en detalle nuestras razones para finalizar la cobertura de sus servicios.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, **su cobertura terminará en la fecha que le indicamos.**
- Si decide seguir recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después de* esta fecha en que finaliza su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención usted mismo.

Paso 4: Si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, usted decide si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted elige continuar recibiendo atención después de que finalice su cobertura, entonces puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.4	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, le pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que vuelva a revisar la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el mejoramiento de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que deba pagar el costo total de la atención médica en el hogar, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF) *después de* la fecha en que dijimos que su cobertura final.

Paso 1: Comuníquese nuevamente con la Organización para el mejoramiento de la calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **dentro de los 60 días** posteriores al día en que la Organización para el mejoramiento de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si continuó recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura para la atención.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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

- Los revisores de la Organización para el mejoramiento de la calidad revisarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: Dentro de los 14 días posteriores a la recepción de su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que sí?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe continuar pagando su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión dice que no?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada en su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le dará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador.

Paso 4: Si la respuesta es no, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 está a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Sección 8.5	¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de Nivel 1?
--------------------	---

Puede apelar a nosotros en su lugar

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para comunicarse con la Organización para el mejoramiento de la calidad para iniciar su primera apelación (dentro de uno o dos días, como máximo). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si usa esta otra forma de presentar su apelación, *los primeros dos niveles de apelación son diferentes.*

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Paso a paso: Cómo hacer una apelación *alternativa* de nivel 1

Término Legal
Una "revisión rápida" (o "apelación rápida") también se denomina " apelación acelerada ".

Paso 1: Contáctenos y solicite una "revisión rápida".

- **Solicite una "revisión rápida"**. Esto significa que nos pide que le demos una respuesta utilizando los plazos "rápidos" en lugar de los plazos "estándar". El capítulo 2 tiene información de contacto.

Paso 2: Hacemos una "revisión rápida" de la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, echamos otro vistazo a toda la información sobre su caso. Verificamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan para los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le informamos nuestra decisión dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud de una "revisión rápida".

- **Si respondemos que sí a su apelación**, significa que hemos acordado con usted que necesita los servicios por más tiempo y que seguiremos brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea médicamente necesario. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).
- **Si rechazamos su apelación**, su cobertura finalizará en la fecha que le informamos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si continúa recibiendo atención médica en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada o servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) *después de* la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura, **tendrá que pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazamos su apelación rápida, su caso pasará *automáticamente* al siguiente nivel del proceso de apelación.

Término Legal
El nombre formal de la "organización de revisión independiente" es " Entidad de revisión independiente ". A veces se le llama "IRE".

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativa* de nivel 2

Durante la apelación de Nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos sobre su "apelación rápida". Esta organización decide si se debe cambiar la

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

decisión. **La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. Esta organización no está relacionada con nuestro plan y no es una agencia gubernamental. Esta organización es una empresa elegida por Medicare para manejar el trabajo de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información para su apelación de Nivel 2 a la organización de revisión independiente dentro de las 24 horas posteriores a la fecha en que le informamos que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este u otros plazos, puede presentar una queja. La Sección 10 de este capítulo explica cómo presentar una queja).

Paso 2: La organización de revisión independiente hace una “revisión rápida” de su apelación. Los revisores le dan una respuesta dentro de las 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.
- **Si esta organización acepta su apelación**, entonces debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe continuar pagando su parte de los costos. Si existen limitaciones de cobertura, estas podrían limitar cuánto reembolsaríamos o cuánto tiempo seguiríamos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación**, significa que está de acuerdo con la decisión que tomó nuestro plan en su primera apelación y no la cambiará.
- El aviso que reciba de la organización de revisión independiente le informará por escrito qué puede hacer si desea pasar a una apelación de Nivel 3.

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

- Hay tres niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo se encuentran en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- Una apelación de Nivel 3 es revisada por un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador. La Sección 9 de este capítulo brinda más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**SECCIÓN 9 Llevando su apelación al Nivel 3 y más allá****Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos**

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado alcanza ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el valor en dólares es menor que el nivel mínimo, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador acepta su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de 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 con todos los documentos adjuntos. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar el servicio en disputa.
- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador dice que no a su apelación, el proceso de apelación puede o no haber terminado .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación de Nivel 3 favorable, el proceso de apelación puede o no haber terminado.** A diferencia de una decisión de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 que sea favorable para usted . Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o brindarle el servicio dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es no o si el Consejo niega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede o no haber terminado .**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, el aviso que reciba le indicará si las reglas le permiten continuar con una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5 .

Apelación de nivel 5 Un juez del **Tribunal Federal de Distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser apropiada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y una apelación de Nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor del medicamento que ha apelado llega a cierto monto en dólares, es posible que pueda pasar a niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede apelar más. La respuesta por escrito que reciba a su apelación de Nivel 2 explicará a quién contactar y qué hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

Para la mayoría de las situaciones que involucran apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan de la misma manera. Aquí está quién maneja la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado adjudicador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado** . Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** que fue aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado** .
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es sí, el proceso de apelación ha terminado** . Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es no, el proceso de apelación puede o no haber terminado** .
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelación finaliza.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo dice que no a su apelación o niega su solicitud de revisar la apelación, el aviso le informará si las reglas le permiten continuar con la apelación de Nivel 5. También le dirá a quién contactar y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí* o *no* a su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más instancias de apelación tras el Tribunal Federal de Distrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

PRESENTAR QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipo de problemas se manejan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se usa para ciertos tipos de problemas . Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. Estos son ejemplos de los tipos de problemas manejados por el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respetando tu privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien ha sido grosero o irrespetuoso contigo? • ¿No está satisfecho con nuestros servicios para miembros? • ¿Sientes que te están animando a dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud lo han hecho esperar demasiado tiempo? ¿O por nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Los ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo al teléfono, en la sala de espera o de examen, o para obtener una receta.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, hospital o consultorio médico?
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Queja	Ejemplo
<p>Oportunidad (Todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con decisiones de cobertura y apelaciones)</p>	<p>Si solicitó una decisión de cobertura o presentó una apelación y cree que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Aquí hay ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una “decisión de cobertura rápida” o una “apelación rápida” y le hemos dicho que no; puedes hacer una denuncia. • Si cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones: puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puedes hacer una denuncia. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puedes hacer una denuncia.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una “queja” también se denomina “queja”.
- “Presentar una queja” también se llama “presentar una queja”.
- “Usar el proceso para quejas” también se denomina “usar el proceso para presentar una queja”.
- Una “queja rápida” también se denomina “queja formal acelerada”.

Sección 10.3 Paso a paso: Realizando una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Por lo general, llamar a Servicios para Miembros es el primer paso.** Si hay algo más que deba hacer, Servicios para Miembros se lo hará saber.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, le responderemos por escrito.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **Si desea presentar una queja contra Gold Kidney of Arizona o un proveedor de la red, debe comunicarse con nosotros lo antes posible** . Sus inquietudes se enviarán al Departamento de Quejas, quien llevará a cabo una investigación exhaustiva y le proporcionará una respuesta escrita o verbal dentro de los 30 días o tan pronto como lo requiera su salud. En el proceso de queja, le responderemos por escrito si nos envía una queja por escrito, si solicita una respuesta por escrito o si su queja está relacionada con la calidad de la atención. Para quejas formales de la Parte C (sobre servicios o atención médica) y/o quejas formales de la Parte D (sobre medicamentos recetados o servicios), encontrará los números de teléfono que figuran en el Capítulo 2, Sección 1 de este folleto,
- Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de "respuesta rápida" con respecto a una decisión de cobertura o apelación, procederemos automáticamente con una queja "rápida". Si tiene una queja "rápida", significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Puede comunicarse con **Gold Kidney of Arizona** para expresar su inquietud, o también puede presentar su queja por escrito. Puede encontrar la información de contacto en el Capítulo 2, Sección 1 (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestros Servicios para miembros).
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales desde que tuvo el problema que desea reclamar.

Paso 2: Analizamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos darle una respuesta en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tomar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomar días adicionales, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una "decisión de cobertura rápida" o una "apelación rápida", automáticamente le daremos una "queja rápida".** Si tiene una "queja rápida", significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas** .
- **Si no estamos de acuerdo** con parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en nuestra respuesta.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para el mejoramiento de la calidad.
---------------------	---

Cuando su queja es sobre *la calidad de la atención* , también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el mejoramiento de la calidad** . La Organización para el mejoramiento de la calidad es un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

controlar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 tiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización para el mejoramiento de la calidad como a nosotros al mismo tiempo .**

Sección 10.5	También puede informar a Medicare sobre su queja
---------------------	---

Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) directamente a Medicare. Para enviar una queja a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx . También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD pueden llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:

Terminar su membresía en el plan

SECCIÓN 1 Introducción para finalizar su membresía en nuestro plan

Terminar su membresía en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) puede ser **voluntario** (su propia elección) o **involuntario** (no su propia elección):

- Podrías dejar nuestro plan porque has decidido que te *quieres* ir. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si abandona nuestro plan, nuestro plan debe continuar brindándole atención médica y medicamentos recetados, y usted continuará pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1	Puede finalizar su membresía durante el Período de inscripción anual
--------------------	---

Tú puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción anual** (también conocido como el "Período de inscripción abierta anual"). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre** .
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare , con o sin cobertura de medicamentos recetados .
 - Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
 - Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se une a un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía terminará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción abierta de Medicare Advantage
--------------------	--

Tiene la oportunidad de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage** .

- **El período anual de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta anual de Medicare Advantage** usted puede:
 - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos recetados .
 - Cancele su inscripción en nuestro plan y obtenga cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento .
- **Su membresía terminará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o recibamos su solicitud para cambiar a Medicare Original. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial
--------------------	---

En ciertas situaciones, los miembros de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otras épocas del año. Esto se conoce como **Período Especial de Inscripción** .

Puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones se aplica a usted . Estos son solo ejemplos, para obtener la lista completa, puede comunicarse con el plan, llamar a Medicare o visitar el sitio web de Medicare (www.medicare.gov):

- Por lo general, cuando te has mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si es elegible para "Ayuda adicional" para pagar sus recetas de Medicare.
- Si violamos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si está en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. El Capítulo 5, Sección 10 le brinda más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo de inscripción varían dependiendo de su situación.

Para averiguar si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura de medicamentos recetados. Tu puedes elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos recetados.
- Medicare Original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
- – *o* – Medicare Original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Por lo general, su membresía finalizará el primer día del mes posterior a la recepción de su solicitud para cambiar su plan.

Si recibe “Ayuda adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos recetados: Si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no participar en la inscripción automática .

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede:

- **Llame a Servicios para Miembros** .
- Puede encontrar la información en *Medicare & Tu manual 2023* .
- Comuníquese con **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCION 3 ¿Cómo finaliza su membresía en nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe finalizar su membresía en nuestro plan.

Si desea cambiar de nuestro plan a:	Esto es lo que debes hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de salud de Medicare.Su inscripción en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>con</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.	<ul style="list-style-type: none">Inscríbase en el nuevo plan de medicamentos recetados de Medicare. <p>Su inscripción en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience la cobertura de su nuevo plan.</p>
<ul style="list-style-type: none">Medicare Original <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacer esto.También puede comunicarse con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se cancelará su inscripción en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

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

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo atención médica y medicamentos recetados a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- Continúe usando nuestras farmacias de la red u ordene por correo para surtir sus recetas .

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que le den de alta** (incluso si le dan de alta después de que comience su nueva cobertura de salud).

SECCIÓN 5 Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en ciertas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos terminar su membresía en el plan?

Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si sucede algo de lo siguiente:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si está fuera de nuestra área de servicio por más de seis meses.
 - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja se encuentra en el área de nuestro plan.
- No cumple con los requisitos especiales de elegibilidad del plan.
 - Debe tener una de las siguientes condiciones crónicas para continuar inscrito en nuestro plan: Enfermedad Cardiovascular, Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) y/o Diabetes.
 - Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (el Capítulo 4, Sección 2.1 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período considerado continuo). elegibilidad).
- Si llega a ser encarcelado (ir a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga que brinde cobertura de medicamentos recetados.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si continuamente se comporta de manera perturbadora y nos dificulta brindarle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona use su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, es posible que Medicare haga que el Inspector General investigue su caso.

Capítulo 10 Cancelación de su membresía en el plan

- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos y no lo paga, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y perderá la cobertura de medicamentos recetados.

¿Dónde se puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos finalizar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2	Nosotros <u>no puede</u> pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud , a menos que ya no tenga una afección médica necesaria para inscribirse en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP)
--------------------	--

En la mayoría de los casos, Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud. La única vez que podemos hacer esto es si ya no tiene la condición médica requerida para la inscripción en Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP).

Qué debería hacer si esto sucede?

Si cree que se le está pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con la salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) las 24 horas del día, los 7 días de la semana . (TTY 1-877-486-2048).

Sección 5.3	Tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía en nuestro plan
--------------------	--

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle nuestras razones por escrito para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

Capítulo 11 Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley vigente

La ley principal que se aplica a esta *Evidencia de Cobertura* documento es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y los reglamentos creados bajo la Ley del Seguro Social por los Centros para Medicare & Servicios de Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre la no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, origen nacional, color, religión, sexo, género, edad, orientación sexual, discapacidad mental o física, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica. ubicación dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que brindan planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben obedecer las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que obtienen fondos federales y cualquier otra ley y regla que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene inquietudes sobre discriminación o trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos** al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a su oficina local. por los Derechos Civiles. También puede revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index> .

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para miembros. Si tiene una queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCION 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos por Medicare para los cuales Medicare no es el pagador principal. De acuerdo con las reglamentaciones de CMS en 42 CFR secciones 422.108 y 423.462, Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), como Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce bajo las reglamentaciones de CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del 42 CFR y las reglas establecidas en esta sección reemplazan cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Centro Quirúrgico Ambulatorio - Un Centro Quirúrgico Ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no excede las 24 horas.

Período de inscripción anual: el período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año cuando los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Medicare Original.

Apelación : una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos recetados o el pago de servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de suspender los servicios que está recibiendo.

Facturación de saldo: cuando un proveedor (como un médico u hospital) factura a un paciente más que el monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP), solo tiene que pagar los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando obtiene los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores "facturen el saldo" o le cobren más de la cantidad de costo compartido que su plan dice que debe pagar.

Período de beneficios : la forma en que tanto nuestro plan como Original Medicare miden su uso de los servicios del hospital y del centro de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día que ingresa en un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en un hospital o en un centro de enfermería especializada después de que finaliza un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de beneficios.

Medicamento de marca : un medicamento recetado fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y desarrolló el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, por lo general, no están disponibles hasta que vence la patente del medicamento de marca.

Etapa de cobertura catastrófica : la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D en la que paga un copago o coseguro bajo por sus medicamentos después de que usted u otras partes calificadas en su nombre hayan gastado \$7,400 en medicamentos cubiertos durante el año cubierto.

Centros de Medicare & Servicios de Medicaid (CMS) : la agencia federal que administra Medicare.

Plan de Necesidades Especiales de Atención Crónica – Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas con necesidades especiales con condiciones crónicas severas o incapacitantes específicas, definidas en 42 CFR 422.2. Un C-SNP debe tener atributos específicos que van más allá de la provisión de servicios básicos de las Partes A y B de Medicare

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

y la coordinación de la atención que se requiere de todos los Planes de atención coordinada de Medicare Advantage, para recibir la designación especial y las adaptaciones de mercadeo e inscripción proporcionadas a C -SNP.

Coseguro : una cantidad que se le puede solicitar que pague , expresada como un porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos recetados.

Queja : el nombre formal de "presentar una queja" es "presentar una queja". El proceso de quejas se usa *solo* para ciertos tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que recibe. También incluye quejas si su plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, por sus siglas en inglés) : un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluye fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago (o “copago”) : una cantidad que se le puede solicitar que pague como su parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita al hospital como paciente ambulatorio o un medicamento recetado. Un copago es una cantidad fija (por ejemplo, \$10) , en lugar de un porcentaje.

Costo compartido – El costo compartido se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando los servicios o medicamentos son recibidos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes tres tipos de pagos: (1) cualquier cantidad deducible que un plan pueda imponer antes de que se cubran los servicios o medicamentos; (2) cualquier cantidad fija de “copago” que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier cantidad de "coseguro", un porcentaje de la cantidad total pagada por un servicio o medicamento, que un plan requiere cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costo compartido : cada medicamento de la lista de medicamentos cubiertos se encuentra en uno de los seis niveles de costo compartido . En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido , mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura : una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y la cantidad, si corresponde, que debe pagar por la receta. En general, si lleva su receta a una farmacia y la farmacia le dice que la receta no está cubierta por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicamentos cubiertos : el término que usamos para referirnos a todos los medicamentos recetados cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos : el término que usamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que están cubiertos por nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura acreditable de medicamentos recetados: cobertura de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando se vuelven elegibles para Medicare generalmente pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Atención de custodia: la atención de custodia es la atención personal que se brinda en un asilo de ancianos, hospicio u otro establecimiento cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. Cuidado de custodia, proporcionado por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga por el cuidado de custodia.

Tarifa diaria de costo compartido: se puede aplicar una “tarifa diaria de costo compartido” cuando su médico le receta un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. Una tasa diaria de costo compartido es el copago dividido por la cantidad de días en el suministro de un mes. Aquí hay un ejemplo: Si su copago por un suministro de un mes de un medicamento es de \$30, y el suministro de un mes en su plan es de 30 días, entonces su “tarifa diaria de costo compartido” es de \$1 por día.

Deducible – El monto que debe pagar por atención médica o medicamentos recetados antes de que pague nuestro plan.

Cancelación o cancelación de la inscripción: el proceso de finalización de su membresía en nuestro plan.

Tarifa de despacho: una tarifa que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo del farmacéutico para preparar y empaquetar la receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo Médico Duradero (DME) – Cierta equipo médico que ordena su doctor por razones médicas. Los ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para diabéticos, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital ordenadas por un proveedor para uso en el hogar.

Emergencia – A Emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de la vida (y, si es una mujer embarazada, la

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

pérdida de un feto) , pérdida de una extremidad, o pérdida de la función de una extremidad, o pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente .

Atención de emergencia : servicios cubiertos que son: 1) proporcionado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesario para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación : este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro archivo adjunto, anexo u otra cobertura opcional seleccionada, que explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan.

Excepción : un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción del formulario), u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan requiere que pruebe otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción del formulario).

Ayuda adicional : un programa estatal o de Medicare para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico : un medicamento recetado que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) por tener los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Por lo general, un medicamento “genérico” funciona igual que un medicamento de marca y suele costar menos.

Queja : un tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Auxiliar de salud en el hogar : una persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de una enfermera o terapeuta con licencia, como ayuda con el cuidado personal (p. ej., bañarse, usar el baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio : un beneficio que proporciona un tratamiento especial para un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía puede obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Estadía en el **hospital como paciente internado**: una estadía en el hospital cuando ha sido admitido formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasa la noche en el hospital, es posible que se le considere un “paciente ambulatorio”.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) : si su ingreso bruto ajustado modificado según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años está por encima de cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y un Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como como IRMAA. IRMAA es un cargo adicional agregado a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Límite de Cobertura Inicial – El límite máximo de cobertura bajo la Etapa de Cobertura Inicial.

Etapa de cobertura inicial : esta es la etapa antes de que los costos totales de sus medicamentos, incluidos los montos que ha pagado y lo que su plan ha pagado en su nombre durante el año, alcancen los \$4,660.

Período de inscripción inicial: cuando es elegible por primera vez para Medicare, el período de tiempo en el que puede inscribirse en las Partes A y B de Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de inscripción inicial es el período de 7 meses período que comienza 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 65 años.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP) : un plan que inscribe a personas elegibles que residen continuamente o se espera que residan continuamente durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes internados y/o centros aprobados por CMS que proporciona servicios de atención médica a largo plazo similares que están cubiertos por la Parte A de Medicare, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de atención médica similares a los de los otros tipos de establecimientos mencionados. Un Plan de Necesidades Especiales institucional debe tener un acuerdo contractual con (o poseer y operar) la(s) instalación(es) LTC específica(s).

Plan de Necesidades Especiales Equivalente Institucional (SNP) – Un plan que inscribe a personas elegibles que viven en la comunidad pero que requieren un nivel de atención institucional basado en la evaluación del Estado. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectiva y debe ser administrada por una entidad que no sea la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan de Necesidades Especiales puede restringir la inscripción a personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o “Lista de medicamentos”) : una lista de medicamentos recetados cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS) : consulte “Ayuda adicional”.

Monto máximo de desembolso personal: el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red . Los montos

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

que paga por las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y los medicamentos recetados no cuentan para el monto máximo de desembolso personal.

Medicaid (o Asistencia Médica): un programa federal y estatal conjunto que ayuda con los costos médicos a algunas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: el uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Necesario desde el punto de vista médico: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare : el programa de seguro de salud federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal en etapa terminal (generalmente aquellas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage : El período de tiempo del 1 de enero al 31 de marzo cuando los miembros en un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Medicare Original. Si elige cambiarse a Medicare Original durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento. El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage también está disponible por un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA) : a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de Medicare Parte A y Parte B. Un plan Medicare Advantage puede ser i) HMO, ii) PPO, iii) plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) plan de cuenta de ahorros médicos de Medicare (MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos recetados). Estos planes se llaman **Planes Medicare Advantage con Cobertura de Medicamentos Recetados** .

Plan de Costo de Medicare : un Plan de Costo de Medicare es un plan operado por una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO) o un Plan Médico Competitivo (CMP) de acuerdo con un contrato de reembolso de costos según la sección 1876(h) de la Ley.

Programa de descuento del período sin cobertura de Medicare : un programa que brinda descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca de la Parte D cubiertos a los miembros de la Parte D que han llegado a la Etapa del período sin cobertura y que aún no reciben “Ayuda adicional”. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Servicios cubiertos por Medicare : servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como visión, dental o auditiva, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar la Parte A y la Parte B beneficios para las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los Planes Medicare Advantage, Planes de Costo de Medicare, Planes de Necesidades Especiales, Programas de Demostración/Piloto y Programas de Atención Integral para Ancianos (PACE).

Cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Medicare Parte D) : seguro para ayudar a pagar los medicamentos recetados, vacunas, productos biológicos y algunos suministros para pacientes ambulatorios que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare.

Póliza “Medigap” (seguro complementario de Medicare) : seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para llenar los “vacíos” en Medicare Original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Medicare Original. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro plan o “Miembro del plan”) : una persona con Medicare que es elegible para obtener servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Medicare & Servicios de Medicaid (CMS).

Servicios para miembros : un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red : Una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos recetados. En la mayoría de los casos, sus recetas están cubiertas solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: "Proveedor" es el término general para los médicos, otros profesionales de atención médica, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o están certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de atención médica. Los “proveedores de la red” tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago completo y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan “proveedores del plan”.

Determinación de la organización : una decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto debe pagar por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan “decisiones de cobertura” en este documento.

Medicare original (“Medicare tradicional” o “Medicare de pago por servicio”) – Medicare Original es ofrecido por el gobierno, y no un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos recetados. Bajo Original Medicare, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de montos de pago a médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica establecidos por el Congreso. Puede consultar a cualquier

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

médico, hospital u otro proveedor de atención médica que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte del monto aprobado por Medicare y usted paga su parte. Medicare Original tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red : una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que obtiene en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red : un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni están operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo : consulte la definición de "costo compartido" anterior. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo "de bolsillo" del miembro.

Parte C: consulte “Plan Medicare Advantage (MA)”.

Parte D : el programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la **Parte D :** Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Es posible que ofrezcamos o no todos los medicamentos de la Parte D. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D : una cantidad que se agrega a su prima mensual para la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene cobertura acreditable (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de que sea elegible por primera vez para unirse a un plan de la Parte D.

Plan de **organización de proveedores preferidos (PPO) :** un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, ya sea que se reciban de proveedores dentro o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan se reciben de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en sus costos de desembolso por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto en sus costos de desembolso total combinados por servicios tanto de la red (preferidos) como de proveedores de pago. proveedores de la red (no preferidos).

Prima : el pago periódico a Medicare, una compañía de seguros o un plan de atención médica para medicamentos recetados o de salud. cobertura.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor de atención primaria (PCP) : el médico u otro proveedor al que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe ver a su proveedor de atención primaria antes de ver a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa : aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Cuadro de beneficios en Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y órtesis : dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el **mejoramiento de la calidad (QIO)** : un grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención brindada a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad : una herramienta de administración que está diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por razones de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o por un período de tiempo definido.

Servicios de rehabilitación : estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio : un área geográfica donde debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular . Para los planes que limitan los médicos y hospitales que puede usar, generalmente también es el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente fuera del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (**SNF**): **atención de enfermería especializada** y servicios de rehabilitación proporcionados de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser administradas por una enfermera registrada o un médico.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o regresar a Medicare Original. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si está recibiendo "Ayuda adicional" con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si violamos nuestro contrato contigo.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más enfocada para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un asilo de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Terapia escalonada : una herramienta de utilización que requiere que primero pruebe otro medicamento para tratar su afección médica antes de que cubramos el medicamento que su médico le haya recetado inicialmente.

Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) : un beneficio mensual pagado por el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de SSI no son lo mismo que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia : **servicios** cubiertos que no son servicios de emergencia, proporcionados cuando los proveedores de la red no están disponibles temporalmente o no se puede acceder a ellos o cuando el afiliado está fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben ser inmediatamente necesarios y médicamente necesarios.

Servicios para miembros Gold Kidney of Arizona Super Plus (HMO C-SNP)

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAMAR	<p>1-844-294-6535</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.• 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales. <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz después del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laboral.</p> <p>Servicios para miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
TTY	<p>711</p> <p>Las llamadas a este número son libre. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• 1 de octubre – 30 de marzo : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad.• 1 de abril – 30 de septiembre : 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes. Los sistemas de respuesta de voz interactivos se pueden usar los sábados, domingos y feriados federales.
FAX	<p>1-480-716-7555</p>
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. ATENCIÓN: Servicios para los miembros P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>
SITIO WEB	<p>www.goldkidney.com</p>

Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona (Arizona SHIP)

Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a personas con Medicare.

Método	Programa de asistencia de seguro de salud del estado de Arizona: información de contacto
LLAMAR	1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	711 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas con dificultades auditivas o del habla.
ESCRIBE	DES División de Servicios para Adultos y Personas Mayores Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona 1789 oeste de la calle Jefferson, #950A Phoenix, Arizona 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración de divulgación de PRA De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB válido. El número de control OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, por favor escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Atención: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2023. Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para miembros al (480) 970-7007 o al número gratuito 1-844-294-6535 para obtener información adicional. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana a partir del 1 de octubre. – 31 de marzo y de 8:00 am a 8:00 pm hora local, de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre .