



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2024

Gold Kidney Health Plan

Evidencia de Cobertura

Gold Kidney of Arizona
Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y su cobertura de medicamentos con receta como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)

Este documento le brinda los detalles sobre su cobertura de atención médica y medicamentos recetados de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2024. **Se trata de un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro, por favor.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros 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, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre. Esta llamada es gratuita.

Gold Kidney Health Plan ofrece este plan, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP). (Cuando esta *evidencia de cobertura* dice «nosotros», «nos» o «nuestro», significa Gold Kidney Health Plan. Cuando dice «plan» o «nuestro plan», significa Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).)

Este documento está disponible de forma gratuita en español. Esta información puede estar disponible en braille, letra grande u otros formatos alternativos.

Los beneficios, las primas, los deducibles y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2025.

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

Este documento explica sus beneficios y derechos. Utilice este documento para obtener información sobre:

- La prima y los costos compartidos de su plan;
- Sus beneficios médicos y de medicamentos con receta;
- 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 exigidas por la ley de Medicare.

H4869_AZ_EOC_Diálisis_completa_0923C

Tabla de contenidos**Evidencia de cobertura de 2024****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: <i>Empezar como miembro</i>	5
SECCIÓN 1 Introducción.....	6
SECCIÓN 2 ¿Qué lo hace elegible para ser miembro del plan?.....	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá.....	9
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)	11
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan	16
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	17
CAPÍTULO 2: <i>Números de teléfono y recursos importantes</i>	19
SECCIÓN 1 Contactos de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)	20
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal de Medicare).....	26
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en materia de seguro médico (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare).....	28
SECCIÓN 4 Organización de mejora de la calidad.....	29
SECCIÓN 5 Seguridad social.....	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta.....	31
SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria	34
SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?.....	35
CAPÍTULO 3: <i>Cómo usar el plan para tus servicios médicos</i>	36
SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan.....	37
SECCIÓN 2 Recurra a los proveedores de la red del plan para recibir atención médica.....	39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia o necesidad urgente de atención o durante un desastre	45
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si se le factura directamente el costo total de sus servicios?	47

Tabla de contenidos

SECCIÓN 5	¿Cómo se cubren sus servicios médicos cuando participa en un estudio de investigación clínica?.....	48
SECCIÓN 6	Reglas para recibir atención en una institución de salud religiosa no médica.....	50
SECCIÓN 7	Normas de propiedad del equipo médico duradero.....	51
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga)</i>.....		54
SECCIÓN 1	Comprenda los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos.....	55
SECCIÓN 2	Utilice la <i>tabla de beneficios médicos</i> para averiguar qué está cubierto y cuánto pagará.....	58
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no cubre el plan?	121
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D</i>.....		125
SECCIÓN 1	Introducción.....	126
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedidos por correo del plan.....	126
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben figurar en la «Lista de medicamentos» del plan	130
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos.....	132
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto?	134
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	137
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> cubre el plan?	140
SECCIÓN 8	Cómo surtir un medicamento recetado	141
SECCIÓN 9	Parte D: Cobertura de medicamentos en situaciones especiales	142
SECCIÓN 10	Programas sobre la seguridad de los medicamentos y la gestión de los medicamentos	144
CAPÍTULO 6: <i>Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>		147
SECCIÓN 1	Introducción.....	148
SECCIÓN 2	Lo que pague por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre cuando reciba el medicamento	151
SECCIÓN 3:	Le enviamos informes en los que se explican los pagos de sus medicamentos y en qué fase de pago se encuentra	151
SECCIÓN 4	Durante la etapa deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos	153

Tabla de contenidos

SECCIÓN 5:	Durante la etapa de cobertura inicial, el plan paga su parte de los costos de sus medicamentos y usted paga la suya.....	153
SECCIÓN 6:	Costos en la fase de brecha de cobertura	159
SECCIÓN 7:	Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos de la Parte D cubiertos.....	160
SECCIÓN 8	Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde los obtenga	160
CAPÍTULO 7: <i>Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		163
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos	164
SECCIÓN 2	Cómo pedirnos que le devolvamos el dinero o que paguemos una factura que ha recibido.....	166
SECCIÓN 3:	Consideraremos su solicitud de pago y diremos sí o no	167
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		168
SECCIÓN 1:	Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales como miembro del plan	169
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan	176
CAPÍTULO 9: <i>Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		178
SECCIÓN 1	Introducción.....	179
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada.....	179
SECCIÓN 3	Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?.....	180
SECCIÓN 4:	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura	181.
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión de cobertura	185
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	193
SECCIÓN 7	Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le van a dar el alta demasiado pronto	205
SECCIÓN 8	Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto	212
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá.....	219

Tabla de contenidos

SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio de atención al cliente u otras inquietudes	222
CAPÍTULO 10:	<i>Finalización de su membresía en el plan</i>	226
SECCIÓN 1	Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan.....	227
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	227
SECCIÓN 3	¿Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	230
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan.....	230
SECCIÓN 5	Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones	231
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	233
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	234
SECCIÓN 2	Aviso sobre la no discriminación.....	234
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare	234
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de palabras importantes</i>	235

CAPÍTULO 1:

Cómo empezar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Actualmente está inscrito en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (plan para necesidades especiales)
--------------------	---

Está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cobertura de atención médica y de medicamentos con receta de Medicare a través de nuestro plan, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).

Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) es un plan HMO de Medicare Advantage (HMO significa Organización de mantenimiento de la salud) con una opción de punto de servicio (POS) aprobada por Medicare y administrada por una empresa privada. (Consulte el capítulo 3, sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un plan para necesidades especiales de Medicare), lo que significa que sus beneficios están diseñados para personas con necesidades de atención médica especiales. Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) está diseñado para brindar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen una enfermedad renal terminal que requieren diálisis (cualquier modo de diálisis).

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de la enfermedad renal terminal que requiere diálisis (cualquier modo de diálisis). También incluye programas de salud diseñados para atender las necesidades especializadas de las personas con esta afección. Además, nuestro plan cubre los medicamentos con receta para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que se suelen usar para tratar la enfermedad renal terminal que requiere diálisis (cualquier modo de diálisis). Como miembro del plan, usted recibe beneficios especialmente adaptados a su afección y toda su atención se coordina a través de nuestro plan.

La cobertura de este plan califica como cobertura médica calificada (QHC) y cumple con el requisito de responsabilidad compartida individual de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA). Visite el sitio web del Servicio de Impuestos Internos (IRS) en: www.irs.gov/affordable-care-act/Individuals-and-Families para obtener más información.

Sección 1.2	¿De qué trata el documento de evidencia de cobertura?
--------------------	--

Este documento *de evidencia de cobertura* le indica cómo obtener su atención médica y sus medicamentos con receta. 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 y los servicios médicos y a los medicamentos con receta disponibles como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Es importante que sepa cuáles son las reglas del plan y qué servicios están disponibles para usted. Le recomendamos que reserve algo de tiempo para revisar este documento *de evidencia de cobertura*.

Si está confundido, preocupado o simplemente tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.

Sección 1.3 Información legal sobre la evidencia de cobertura

Esta *evidencia de cobertura* forma parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) cubre su atención. Otras partes de este contrato incluyen su formulario de inscripción, la *lista de medicamentos cubiertos (formulario)* y cualquier notificación que reciba de nuestra parte sobre cambios en su cobertura o condiciones que afecten a su cobertura. Estos avisos a veces se denominan *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) entre el 1 de enero de 2024 y el 31 de diciembre de 2024.

Cada año calendario, Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) después del 31 de diciembre de 2024. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2024.

Medicare (los Centros de Servicios de & Medicaid de Medicare) debe aprobar Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) cada año. Puede continuar recibiendo la cobertura de Medicare todos los años como miembro de nuestro plan, siempre y cuando decidamos seguir 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 aptitud

Eres elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando:

- Tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- -- y -- vive en nuestra área geográfica de servicio (la sección 2.2 siguiente 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 -- usted es ciudadano de los Estados Unidos o se encuentra legalmente en los Estados Unidos
- -- y -- cumple con los requisitos especiales de aptitud que se describen a continuación.

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que tienen ciertas afecciones médicas. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener una enfermedad renal terminal que requiera diálisis (cualquier modo de diálisis).

Tenga en cuenta lo siguiente: Si pierde su elegibilidad, pero es razonable esperar que recupere la elegibilidad en un plazo de 6 meses, seguirá siendo 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 en el que se considera que sigue siendo elegible).

Sección 2.2	Esta es el área de servicio del plan para Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)
--------------------	---

La Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS 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 continuar residiendo en el área de servicio del plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Arizona: Gila, Maricopa, Pima y Pinal

Ofrecemos cobertura en varios estados. Sin embargo, puede haber diferencias de costo u otras diferencias entre los planes que ofrecemos en cada estado. Si se muda fuera del estado a un estado que aún se encuentra dentro de nuestra área de servicio, debe llamar a Servicios para Miembros para actualizar su información.

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 Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare que esté disponible en su nueva ubicación.

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

Sección 2.3	Presencia legal o ciudadana estadounidense
--------------------	---

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o estar presente legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de & Medicaid de Medicare) notificará a Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) si no reúne los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo. Si no cumple con este requisito, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) debe cancelar su inscripción.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para la membresía que recibirá

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía siempre que reciba los servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Aquí tienes un ejemplo de tarjeta de membresía para mostrarte cómo será la tuya:

 GOLD KIDNEY HEALTH PLAN <i>Creating the gold standard for your care</i>	Gold Kidney Health Plan Dialysis Plus (HMO-POS C-SNP) EFFECTIVE DATE: 3/1/2023	IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER	
MEMBER NAME John Doe	COPAYMENTS PCP VISIT: \$0 URGENT CARE: \$40 ER: \$120 SPECIALIST VISIT: \$0 Neph / Card / Endo, \$20 all others	CUSTOMER/PROVIDER SUPPORT (844) 294-6535 (TTY 711) www.goldkidney.com	CLAIMS SUBMISSION Availity Payor ID A6568 Gold Kidney Health Plan ATTN: CLAIMS P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85255
MEMBER ID 1526369870 Health Plan (80840)		PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (888) 672-7206 (TTY 711) MedImpact Healthcare Systems, Inc. P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108	AUTHORIZATION/HOSPITALIZATION Fax: (866) 515-7869 Phone: (844) 294-6535 Alivi Health: (XXX) XXX-XXXX
PROVIDER NAME KAN SACHA 800.555.1515 RIPP SEGAL 800.555.1514	 RxBIN: 15574 RxPCN: ASPROD1 RxGRP: GLD01	<Medical Group number> <Medical Group logo>	
24 HOUR URGENT ADVICE LINE (888) 930-0777			

NO use su tarjeta de Medicare roja, blanca y azul para los 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 Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le pidan que lo muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también llamados ensayos clínicos.

Si su tarjeta de membresía del plan se daña, pierde o es robada, llame a Servicios para Miembros de inmediato y le enviaremos una nueva tarjeta.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

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

Su plan tiene una opción de punto de servicio (POS). La opción POS es un beneficio adicional que cubre ciertos servicios médicamente necesarios que puede recibir de proveedores fuera de la red. Cuando utilice su beneficio POS (fuera de la red), debe obtener una autorización previa del plan cuando sea necesaria, excepto en caso de emergencia. Hable siempre con su médico de

atención primaria (PCP) antes de buscar atención de un proveedor fuera de la red. Su PCP nos lo notificará solicitando la aprobación del plan (lo que se conoce como obtener una autorización previa). Consulte el capítulo 3 para obtener más información sobre los beneficios de su POS.

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

Si no tiene una copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una copia (electrónica o impresa) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de directorios de proveedores en papel se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

El directorio de farmacias incluye las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Puede usar el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. 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 en Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/provider-directory.

Sección 3.4 Lista de medicamentos cubiertos del plan (formulario)

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. La llamamos «Lista de medicamentos» para abreviar. Indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP). El plan selecciona los medicamentos de esta lista con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare aprobó la «Lista de medicamentos» de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).

La «Lista de medicamentos» también le indica si hay alguna norma que restrinja la cobertura de sus medicamentos.

Le proporcionaremos una copia de la «Lista de medicamentos». Para obtener la información más completa y actualizada sobre los medicamentos que están cubiertos, puede visitar el sitio web del plan (www.goldkidney.com/pharmacy-formulary) o llamar a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 4 Sus costos mensuales de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Plan Premium (sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía en la Parte D (Sección 4). (3)
- Monto ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 4.4)

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

El programa «Ayuda adicional» ayuda a las personas con recursos limitados a pagar sus medicamentos. En el capítulo 2, sección 7, se ofrece más información sobre este programa. Si reúne los requisitos, inscribirse en el programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si *ya está inscrito* y recibe ayuda de este programa, es **posible** que **la información sobre las primas de esta Evidencia de cobertura no se aplique en su caso**. Le enviamos un prospecto por separado, llamado *cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben «ayuda adicional» para pagar medicamentos con receta* (también conocida como cláusula de subsidio por bajos ingresos o cláusula LIS), en el que se le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este prospecto, llame a Servicios para Miembros y pregunte por el LIS Rider.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare son diferentes para las personas con diferentes ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, consulte su copia del manual *Medicare & You 2024*, la sección denominada Costos de *Medicare para 2024*. Si necesita una copia, puede descargarla del sitio web de Medicare (www.medicare.gov). O puede solicitar una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY llaman al 1-877-486-2048.

Sección 4.1 Plan premium

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2024, la prima mensual de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) es de 37,80 dólares.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare.

Además de pagar la prima mensual del plan, debe seguir pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan. Esto incluye la prima de la Parte B. También puede incluir una prima de la Parte A, que afecta a los miembros que no reúnen los requisitos para la Parte A sin prima.

Sección 4.3 Parte D Multa por inscripción tardía

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finalice su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días o más seguidos en el que no tenía la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable. La cobertura acreditable de medicamentos con receta es aquella que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende del tiempo que haya estado sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable de medicamentos con receta. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual. Cuando se inscriba por primera vez en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), *le indicamos* el monto de la multa.

No tendrás que pagarlo si:

- Recibe «ayuda adicional» de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días seguidos sin cobertura acreditable.
- Ha tenido una cobertura de medicamentos acreditable a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos. Su aseguradora o su departamento de recursos humanos le dirán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura acreditable. Esta información puede enviársele en una carta o incluirse en un boletín del plan. Guarde esta información porque podría necesitarla si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.
 - **Nota:** Cualquier aviso debe indicar que usted tenía una cobertura acreditable de medicamentos recetados que se espera que pague lo mismo que paga el plan de medicamentos recetados estándar de Medicare.
 - **Nota:** Las siguientes coberturas de medicamentos recetados *no* son acreditables: tarjetas de descuento para medicamentos recetados, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

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

- Si pasó 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura de medicamentos recetados acreditable después de haber sido 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 en el que no haya tenido una cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2024, el importe medio de la prima es de 34,70\$.
- Para calcular la multa mensual, se multiplica el porcentaje de penalización por la prima mensual promedio y, a continuación, se redondea a los 10 centavos más próximos. En este ejemplo, sería un 14% multiplicado por 34,70\$, lo que equivale a 4,858\$. Esto se redondea a 4,90\$. Este monto se agregaría **a la prima mensual de una persona con una multa por inscripción tardía de la Parte D.**

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

- En primer lugar, **la multa puede cambiar cada año** porque la prima mensual promedio puede cambiar cada año.
- En segundo lugar, **seguirá pagando una multa** todos los meses mientras esté inscrito en un plan que tenga los 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 en que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial por vejez 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 **en un plazo de 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se indique que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si pagaba una multa antes de unirse a nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar la revisión de esa multa por inscripción tardía.

Sección 4.4 Monto de 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 supera un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y la IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si tiene que pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta indicándole cuál será ese monto adicional. El monto adicional se retendrá de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de Jubilación Ferroviaria o de la Oficina de

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

Administración de Personal, independientemente de cómo pague habitualmente la prima del 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 extra al gobierno. No se puede pagar con la prima mensual del plan. Si no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

Si no está de acuerdo con el pago de un monto adicional, puede pedirle al Seguro Social que revise la decisión. Para obtener más información sobre cómo hacerlo, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1 Hay varias formas de pagar la prima de su plan

Hay tres maneras de pagar la prima de su plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar con cheque utilizando la factura de facturación y el sobre de devolución que le enviaremos. Si eliges esta opción, tu factura se generará antes del día 5 de cada mes y el pago de la prima del plan se realizará al recibirla. La prima de su plan vence mensualmente. Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:

- Haga su visita a «Gold Kidney Health Plan». Los cheques deben hacerse a nombre de «Gold Kidney Health Plan» y no a Medicare, CMS o HHS. También puedes usar un giro postal si no tienes una cuenta corriente.
- Incluye la factura de facturación junto con el pago y utiliza el sobre de respuesta proporcionado.
 - Si no utilizas el sobre de respuesta, envía el pago a la siguiente dirección: Gold Kidney of Arizona, Inc., ATTN: Plan Premiums, P.O. Box 14050, Scottsdale, AZ 85267.
 - Escriba su número de identificación de afiliado de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) en su cheque. Puede encontrar su número de identificación de miembro en su tarjeta de identificación o en la carta de confirmación de inscripción.

Opción 2: Hacer que la prima de su plan se deduzca de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria

Puede solicitar que la prima del plan se deduzca de su cheque mensual de la Junta de Jubilación Ferroviaria. Comuníquese con Servicios para Miembros al número gratuito 1-844-294-6535

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

(TTY 711) para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarte a configurarlo.

Opción 3: Hacer que la prima de su plan se deduce de su cheque mensual del Seguro Social

Puede solicitar que la prima del plan se deduce de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar la prima de su plan de esta manera. Estaremos encantados de ayudarte a configurarlo. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Cambiar la forma en que paga la prima de su plan. Si decides cambiar la opción con la que pagas la prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta tres meses en entrar en vigor. 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 su método de pago, llame a Servicios para miembros. (Los números de teléfono de los Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este folleto).

Qué hacer si tiene problemas para pagar la prima de su plan

La prima de su plan vence en nuestra oficina antes del 10 de cada mes. Si debe pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos indicarle programas que le ayuden a cubrir sus costos.

Si cree que hemos cancelado su membresía por error, puede presentar una queja (también llamada queja); consulte el Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja. Si tuvo una circunstancia de emergencia que estaba fuera de su control y que provocó que no pudiera pagar la prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En caso de quejas, volveremos a revisar nuestra decisión. En el capítulo 9, sección 10, de este documento se explica cómo presentar una queja. También puede llamarnos al número gratuito 1-844-294-6535 de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., 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 se nos permite 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 comunicaremos en septiembre y el cambio entrará en vigor el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, la parte de la prima que debe pagar puede cambiar durante el año. Esto sucede si reúne los requisitos para el programa de «Ayuda adicional» o si pierde su

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

elegibilidad para el programa «Ayuda adicional» durante el año. Si un miembro reúne los requisitos para recibir «Ayuda adicional» con los costos de sus medicamentos con receta, el programa «Ayuda adicional» pagará parte de la prima mensual del plan del miembro. Un miembro que pierda su elegibilidad durante el año tendrá que empezar a pagar su prima mensual completa. Puede obtener más información sobre el programa «Ayuda adicional» en el capítulo 2, sección 7.

SECCIÓN 6 Mantener actualizado su registro de membresía del plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción, incluida su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, 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 utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de los costos compartidos para usted.** Por ello, es muy importante que nos ayude a mantener su información actualizada.

Háganos saber acerca de estos cambios:

- Cambios en tu nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (por ejemplo, la de su empleador, el empleador de su cónyuge o pareja de hecho, la de compensación laboral o Medicaid)
- Si tiene algún reclamo de responsabilidad, como reclamos por un accidente automovilístico
- Si ha sido ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o sala de emergencias fuera del área o de la red
- Si la parte responsable designada (como un cuidador) cambia
- Si participa en un estudio de investigación clínica. (**Nota:** No está obligado a informar a su plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero le recomendamos que lo haga).

Si alguna de estas informaciones cambia, infórmenos llamando a Servicios para Miembros.

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

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Otros seguros

Medicare exige que recopilemos información sobre usted sobre cualquier otra cobertura de seguro médico o de medicamentos que tenga. Esto se debe a que debemos coordinar cualquier otra cobertura que tenga con los beneficios de nuestro plan. Esto se denomina **coordinación de beneficios**.

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

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), existen reglas establecidas por Medicare que deciden si nuestro plan o su otro seguro pagan primero. El seguro que paga primero se denomina pagador principal y paga hasta los límites de su cobertura. El que paga en segundo lugar, llamado pagador secundario, solo paga si la cobertura principal no cubre los costos. Es posible que el pagador secundario no pague todos los costos no cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas reglas se aplican a la cobertura de un plan de salud grupal del empleador o del 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 familiar, quién pague primero depende de su edad, la cantidad de personas empleadas por su empleador y si tiene Medicare según su edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD):
 - Si tiene menos de 65 años y está discapacitado y usted o un familiar siguen 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 empleadores múltiples que tiene más de 100 empleados.
 - Si tiene más de 65 años y usted o su cónyuge o pareja de hecho siguen trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 20 o más empleados o al menos un empleador en un plan de empleadores múltiples que tiene más de 20 empleados.
- Si tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses después de que usted sea elegible para Medicare.

Estos tipos de cobertura suelen pagar primero los servicios relacionados con cada tipo:

- Seguro sin culpa (incluido el seguro de automóvil)

Capítulo 1 Cómo empezar como miembro

- Responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios del pulmón negro
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:

*Números de teléfono
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con el Departamento de Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener ayuda con las reclamaciones, la facturación o las preguntas sobre las tarjetas de miembro, llame o escriba al Departamento de Servicios para Miembros de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP). Estaremos encantados de ayudarte.

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME	<p>línea gratuita 1-844-294-6535; TTY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 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.• Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 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 fuera del horario de atención, los sábados, domingos y festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
FAX	1-480-716-7555
ESCRIBE	Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de: Apartado postal de Servicios para Miembros 14050 Scottsdale, AZ 85267
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**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 con receta de la Parte D. Una apelación es una forma formal de pedirnos que revisemos y cambiemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o los medicamentos con receta 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
LLAME	<p>1-844-294-6535; TRY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Horario de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 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. • Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 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 fuera del horario de atención, los sábados, domingos y festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
FAX	<p>1-480-716-7555 para decisiones de cobertura</p> <p>1-866-515-7869 para apelaciones</p>

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones de atención médica: información de contacto
ESCRIBE	Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de: Decisiones de cobertura médica P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267 Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de: Apartado postal de apelaciones 14050 Scottsdale, AZ 85267
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones para medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME	1-888-672-7206; TRY: 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación: <ul style="list-style-type: none">• De lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., hora del Pacífico; y sábados y domingos, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico Los servicios de interpretación de idiomas gratuitos están disponibles para personas que no hablan inglés.
FAX	1-858-790-7100 para decisiones de cobertura de la Parte D 1-858-790-6060 para apelaciones de la Parte D
ESCRIBE	MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Departamento de Autorización Previa 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131 MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Departamento de Apelaciones 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes**Cómo ponerse en contacto con nosotros si presenta una queja sobre su atención médica**

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no implica 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 atención médica: información de contacto
LLAME	<p>1-844-294-6535; TRY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 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. • Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 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 fuera del horario de atención, los sábados, domingos y festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
FAX	1-866-515-7869
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de: Reclamaciones P.O. Box 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Quejas sobre medicamentos recetados de la Parte D: información de contacto
LLAME	<p>1-888-672-7206; TRY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación:</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 sábados y domingos, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico <p>Los servicios de interpretación de idiomas gratuitos están disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
FAX	1-858-790-6060
ESCRIBE	<p>MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Departamento de Quejas 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131</p>
SITIO WEB DE MEDICARE	<p>Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx.</p>

Dónde enviar una solicitud pidiéndonos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que haya recibido

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

Tenga en cuenta lo siguiente: 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 de atención médica: información de contacto
LLAME	<p>1-844-294-6535; TRY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 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.• Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 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 fuera del horario de atención, los sábados, domingos y festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
FAX	1-480-716-7555
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de:</p> <p>Apartado postal de reembolso para miembros 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Método	Solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D: información de contacto
LLAME	<p>1-888-672-7206; TRY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación:</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 sábados y domingos, de 6:00 a. m. a 2:30 p. m., hora del Pacífico <p>Siempre puede dejar un mensaje de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable.</p> <p>Los servicios de interpretación de idiomas gratuitos están disponibles para personas que no hablan inglés.</p>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Solicitudes de pago de medicamentos de la Parte D: información de contacto
FAX	1-858-549-1569
ESCRIBE	MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Reclamaciones (reembolsos) Apartado postal 509108 San Diego, CA 92150-9108 Correo electrónico: Claims@Medimpact.com
SITIO WEB	www.goldkidney.com

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

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

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

Método	Medicare: información de contacto
LLAME	1-800-MEDICARE o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. 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 que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Método	Medicare: información de contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="430 304 682 346">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="430 352 1404 577">Este es el sitio web oficial del gobierno de Medicare. Le brinda información actualizada sobre Medicare y los problemas actuales de Medicare. También tiene información sobre hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de atención médica a domicilio y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su ordenador. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="430 583 1339 693">El sitio web de Medicare también tiene información detallada sobre su elegibilidad y las opciones de inscripción a Medicare con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="479 703 1388 1018" style="list-style-type: none"><li data-bbox="479 703 1388 787">• Herramienta de elegibilidad para Medicare: Proporciona información sobre el estado de elegibilidad de Medicare.<li data-bbox="479 798 1388 1018">• Buscador de planes de Medicare: Proporciona información personalizada sobre los planes de medicamentos con receta de Medicare, los planes de salud de Medicare y las pólizas Medigap (seguro suplementario de Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan una <i>estimación</i> de los gastos de bolsillo que podría tener en los diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="430 1029 1388 1144">También puede usar el sitio web para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP):</p> <ul data-bbox="479 1155 1404 1417" style="list-style-type: none"><li data-bbox="479 1155 1404 1417">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar una queja a Medicare, vaya a www.Medicare.gov/MedicareComplaintForm/Home.aspx. Medicare se toma muy en serio sus quejas y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa de Medicare. <p data-bbox="430 1428 1404 1690">Si no tiene una computadora, es posible que la biblioteca local o el centro para personas mayores puedan ayudarlo a visitar este sitio web utilizando su computadora. O puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Encontrarán la información en el sitio web y la revisarán 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>

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia en materia de seguro médico (ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare)

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

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

Los asesores del Programa de Asistencia al Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP) pueden ayudarlo a comprender sus derechos de Medicare, ayudarlo a presentar quejas sobre su atención o tratamiento médico y ayudarlo a solucionar los problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP) también pueden ayudarlo con sus preguntas o problemas sobre Medicare y ayudarlo a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de plan.

MÉTODO PARA ACCEDER AL BARCO Y A OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org/> (haga clic en el LOCALIZADOR DE ENVÍOS en el centro de la página)
- Seleccione su **ESTADO** de la lista. Esto lo llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos de su estado.

Método	Programa de asistencia de seguro médico del estado de Arizona (SHIP): información de contacto
LLAME	1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	711
ESCRIBE	Programa de asistencia de seguro médico del estado de Arizona de la División de Servicios para Ancianos y Adultos del DES 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 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. En Arizona, la Organización de Mejora de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de la salud a los que Medicare paga para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está relacionado 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 termina demasiado pronto.
- Cree que la cobertura de sus servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) está finalizando demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización de Mejora de la Calidad de Arizona) — Información de contacto
LLAME	1-877-588-1123 Horas de operación: De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); fines de semana o feriados, de 11:00 a. m. a 3:00 p. m. (hora local); el servicio de correo de voz está disponible las 24 horas.
TTY	711
ESCRIBE	Programa BFCC-QIO de Livanta LLC 10820 Guilford Rd, Ste. 202 Annapolis Junction, Maryland 20701-1105
SITIO WEB	https://livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguridad social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes permanentes legales que tengan 65 años o más, o que tengan una discapacidad o una enfermedad renal terminal y cumplan con

ciertas condiciones, son elegibles para Medicare. Si ya recibe 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 un monto adicional por su cobertura de medicamentos de la Parte D porque tiene ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le indica que debe pagar el monto adicional y tiene dudas sobre el monto o si sus ingresos disminuyeron debido a un hecho que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguridad Social — Información de contacto
LLAME	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., 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 que tienen dificultades para oír o hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Disponible de 8:00 a.m. a 7:00 p.m., de lunes a viernes.
SITIO WEB	www.ssa.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del gobierno federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos de 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 sus costos de Medicare, como las primas de Medicare. Estos **programas de ahorro de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (QMB):** Ayuda a pagar las primas de las Partes A y B de Medicare y otros costos compartidos (como los deducibles, el coseguro y los copagos). (Algunas personas con QMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (QMB+).)

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

- **Beneficiario específico de Medicare de bajos ingresos (SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con SLMB también son elegibles para recibir todos los beneficios de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona calificada (QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Personas que & trabajan discapacitadas calificadas (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
LLAME	1-855-432-7587 Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación: 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 gratuitas. Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.
ESCRIBE	801 E. Jefferson Street Phoenix, Arizona 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

SECCIÓN 7 Información sobre los programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta

El sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) proporciona información sobre cómo reducir los costos de los medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, también hay 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 a las personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa o su automóvil. Si reúne los requisitos, recibirá ayuda para pagar la prima

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

mensual, el deducible anual y los copagos de medicamentos recetados de cualquier plan de medicamentos de Medicare. Esta «ayuda adicional» también cuenta para sus gastos de bolsillo.

Si califica automáticamente para la «Ayuda adicional», Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitarlo. Si no califica automáticamente, es posible que pueda obtener «ayuda adicional» para pagar las primas y los costos de sus medicamentos recetados. Para saber si reúne los requisitos para recibir «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 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778 (aplicaciones); o
- La oficina estatal de Medicaid (solicitudes) (consulte la sección 6 de este capítulo para obtener información de contacto).

Si cree que reúne los requisitos para recibir «ayuda adicional» y cree que está pagando un monto incorrecto de participación en los costos al comprar su medicamento recetado en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite asistencia para obtener evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene la evidencia, para proporcionarnos esta evidencia.

- Documentación que demuestre que usted reúne los requisitos para recibir «Ayuda adicional», que incluye:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid con su nombre y la fecha en que fue elegible para recibir la «Ayuda adicional». La fecha debe estar en el mes de julio o posterior al año pasado.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de «Ayuda adicional». Esta carta podría denominarse 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 un ingreso de seguridad suplementario. Si ese es el caso, también reúne los requisitos para recibir «Ayuda adicional».
 - Una copia de cualquier documento estatal o copia impresa del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha de actividad que se muestra debe ser del mes de julio o posterior al del año pasado.
 - Su estadía en el centro médico debe durar al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o después del año pasado.
 - Un extracto de facturación del centro que muestre el pago de Medicaid.
 - Una copia de cualquier documento estatal o copia impresa del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid en su nombre.
- Si primero muestra uno de los documentos enumerados anteriormente como comprobante en la farmacia, envíenos también una copia. Envíe el documento por correo a:

Gold Kidney Health Plan Inc.

ATENCIÓN A: Parte D: Documentación BAE

Apartado de correos 14050

Scottsdale, Arizona 85267

- Cuando recibamos la evidencia que muestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando reciba su próximo medicamento recetado 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 lo considera una deuda que usted adeuda, podemos hacer el pago directamente a la farmacia. Si un estado pagó en su nombre, podemos hacer el pago directamente al estado. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta.

¿Qué sucede si tiene cobertura de un Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (ADAP)?

¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (ADAP)?

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

Nota: Para ser elegibles para el ADAP que opera en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, como demostrar su residencia estatal y su estado serológico con respecto al VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado y estar sin seguro o con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su empleado local de inscripción de ADAP para que pueda seguir 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).

Método	Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Arizona (ADAP): información de contacto
LLAME	1-800-334-1540
TTY	711
ESCRIBE	Departamento de Servicios de Salud de Arizona 150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007-3233

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA de Arizona (ADAP): información de contacto
SITIO WEB	https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-enroll

¿Qué es la tarjeta Arizona Rx?

La tarjeta Arizona Rx Card es un programa estatal gratuito de asistencia con medicamentos recetados diseñado para ayudar a los residentes de Arizona a pagar sus medicamentos recetados. La tarjeta Arizona Rx 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 con receta.

Método	Tarjeta Arizona Rx: información de contacto
LLAME	1-800-726-4232
TTY	711
ESCRIBE	United Networks of America, Inc. 3636 S. Sherwood Forest Blvd. Torre Sherwood 440 Baton Rouge, LA 70816
SITIO WEB	www.arizonarxcard.com

SECCIÓN 8 Cómo ponerse en contacto con la Junta de Jubilación Ferroviaria

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 Jubilación Ferroviaria, es importante que les informe si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación Ferroviaria, comuníquese con la agencia.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos importantes

Método	Junta de Jubilación Ferroviaria — Información de contacto
LLAME	<p>1-877-772-5772</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas.</p> <p>Si presiona 0, puede hablar con un representante de RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m., 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 grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y los días festivos.</p>
TTY	<p>1-312-751-4701</p> <p>Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades para oír o hablar.</p> <p>Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.</p>
SITIO WEB	rrb.gov/

SECCIÓN 9 ¿Tiene un seguro colectivo u otro seguro médico de un empleador?

Si usted (o su cónyuge o pareja de hecho) reciben beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja de hecho) 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 su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho), sobre los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción para jubilados. (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) si tiene preguntas relacionadas con la cobertura de Medicare de este plan.

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan
para sus servicios médicos*

SECCIÓN 1 Lo que debe saber sobre cómo recibir atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo se explica lo que necesita saber sobre el uso del plan para cubrir su atención médica. Proporciona definiciones de términos y explica las reglas que deberá seguir para obtener los tratamientos médicos, los servicios, el equipo, los medicamentos con receta y otros cuidados médicos que cubre el plan.

Para obtener más información sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto paga al recibir esta atención, consulte la tabla de beneficios del capítulo siguiente, el capítulo 4 (*Tabla de beneficios médicos, qué está cubierto y cuánto 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 servicios y cuidados médicos. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, los grupos médicos, los hospitales y otros centros de atención médica que tienen un acuerdo con nosotros para aceptar nuestro pago y el monto de su participación en los costos como pago total. Hemos hecho arreglos para que estos proveedores presten los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente 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, el equipo y los medicamentos con receta que cubre nuestro plan. Los servicios de atención médica cubiertos figuran en la tabla de beneficios del capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se describen 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 Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe cumplir con las normas de cobertura de Original Medicare.

Por lo general, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) cubrirá su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe está incluida en la tabla de beneficios médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el capítulo 4 de este documento).
- **La atención que recibe se considera necesaria desde el punto de vista médico.** Necesario desde el punto de vista médico significa que los servicios, suministros, equipos

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.

- **Tiene un proveedor de atención primaria de la red (un PCP) que le 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 los casos, 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 a domicilio. Esto se denomina «remitirle». Para obtener más información al respecto, consulte la Sección 2.3 de este capítulo.
 - No se requieren derivaciones de su PCP para recibir atención de emergencia o servicios que se necesiten con urgencia. También hay otros tipos de atención que puede recibir 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, la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan) no estará cubierta. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor en su totalidad por los servicios prestados. *Estas son tres excepciones:*
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información al respecto y ver qué significan los servicios de emergencia o de necesidad urgente, consulte la sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, 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. Nuestro plan le permite ver a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados) sin costo adicional. Sin embargo, el proveedor debe aceptar atenderlo y facturar al Plan los servicios cubiertos. Salvo en caso de emergencia o situación urgente, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. 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 consultar a un médico fuera de la red, consulte la sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando su proveedor de este servicio no esté disponible o sea inaccesible temporalmente. El costo compartido que usted paga al plan de diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio del plan y recibe la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, los costos compartidos no pueden superar los costos compartidos que paga dentro de la red.

SECCIÓN 2 Recorra a los proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP) para que le 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. Al convertirse en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor del plan para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor contratado por Gold Kidney que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Su PCP le proporcionará la atención básica o de rutina. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba 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 «derivación» a un especialista). Su PCP le proporcionará la mayor parte de su atención y le ayudará a organizar o coordinar el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan. Esto incluye:

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

La «coordinación» de sus servicios incluye consultar o consultar con otros proveedores del plan acerca de su atención y su evolución. Si necesita ciertos tipos de servicios o suministros cubiertos, debe obtener la aprobación previa de su PCP (por ejemplo, que lo remita a un especialista). En algunos casos, su PCP necesitará obtener una autorización previa (aprobación previa) de nuestra parte. Dado que su PCP proporcionará y coordinará su atención médica, debe enviar todos sus registros médicos anteriores al consultorio de su PCP. El capítulo 8 le explica cómo protegeremos la privacidad de sus registros médicos e información de salud personal.

¿Cómo elige a su PCP?

Si ya tiene un PCP, verifique que su PCP esté cubierto en la red Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) comprobando que figuran en el *directorio de proveedores*, que está disponible en www.goldkidney.com. Incluya a su PCP en su formulario de

inscripción o llame a Servicios para Miembros al número gratuito 1-844-294-6535 (TTY 711) para convertirlo oficialmente en su PCP.

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

Cambiar su PCP

Puede cambiar su PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. Es posible que su PCP abandone la red de proveedores de nuestro plan y que usted tenga que buscar un nuevo PCP. Muchos PCP están afiliados a un grupo médico o a una asociación de médicos independientes (IPA), que incluye acceso a una lista predefinida de especialistas y otros proveedores de atención médica. Si selecciona un PCP de uno de estos grupos médicos o IPA, su PCP le indicará que busque atención en este grupo de proveedores y en un hospital que actúan como una subred de proveedores.

Para cambiar de PCP, llame a Servicio para Miembros. Háganos saber si consulta a especialistas o recibe otros servicios cubiertos que requieran la aprobación de su PCP (como servicios de salud a domicilio y equipo médico duradero). Nuestro representante lo ayudará a garantizar que pueda continuar con la atención especializada y otros servicios que ha estado recibiendo cuando cambia de PCP. También verificarán que el PCP al que desea cambiarse acepte nuevos pacientes.

Si desea elegir un nuevo PCP del mismo grupo médico o IPA asignado, su solicitud debe recibirse el último día del mes o antes (por ejemplo, el 31 de marzo). El cambio entrará en vigor el primer día del mes siguiente (por ejemplo, el 1 de abril).

Si quiere conservar su PCP pero selecciona un nuevo grupo médico/IPA al que esté afiliado o si quiere cambiar tanto de PCP como de grupo médico/IPA:


- Las solicitudes recibidas el 25 del mes o antes (por ejemplo, el 25 de marzo) entrarán en vigor el primer día del mes siguiente (1 de abril).
- Las solicitudes recibidas después del 25 del mes (por ejemplo, el 26 de marzo) entrarán en vigor el primer día del mes siguiente (1 de mayo).

En cada escenario, se le emitirá una nueva tarjeta de identificación con la nueva información. Si su PCP está afiliado a un grupo médico/IPA y utiliza un PCP que no está impreso en su tarjeta de identificación, es posible que se rechace su solicitud.

Si su PCP no está afiliado a un grupo médico o IPA específico, puede cambiarlo en cualquier momento hasta el 25 del ^{mes} para que entre en vigor el 1 del mes siguiente.

Sección 2.2	¿Qué tipos de atención médica puede recibir sin una remisión de su PCP?
--------------------	--

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

- Atención médica de rutina para mujeres, que incluye exámenes de las mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos.
- Vacunas contra la gripe, vacunas contra el COVID-19, vacunas contra la hepatitis B y vacunas contra la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios que se necesitan con urgencia son servicios cubiertos que no son servicios de emergencia, que se prestan cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser necesarios desde el punto de vista médico.
- 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 organizar su diálisis de mantenimiento mientras esté fuera.
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
- Servicios ambulatorios de salud mental y abuso de sustancias.
- Todos los servicios preventivos de los 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 o parte del cuerpo específica. Hay muchos tipos de especialistas. Estos son algunos ejemplos:

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

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red

Cuando su PCP considere que necesita un tratamiento especializado, lo remitirá a un especialista o a otros proveedores de nuestra red.

Es importante que su PCP lo remita por adelantado antes de consultar a un especialista del plan o a otros proveedores para que sepan qué tipo de atención está buscando. (Consulte la sección anterior para obtener más detalles sobre las excepciones a esta regla).

Si el especialista quiere que reciba atención en un hospital, en un consultorio ambulatorio u otro centro, pídale que compruebe si se necesita una autorización previa. Si regresa para recibir más atención, compruebe primero que la autorización que recibió sigue siendo válida.

Si desea utilizar especialistas específicos que no forman parte de la red, puede acudir a estos especialistas para realizar consultas en el consultorio si el proveedor está dispuesto a prestarle el servicio y facturar a Gold Kidney por la atención brindada. Los proveedores no contratados pueden negarse a aceptarlo como paciente.

- La selección de un PCP puede limitar el número de especialistas u hospitales específicos que su antiguo PCP utilizó como derivación.

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

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le proporcionemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor se va de nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual abandona nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos tres años.
 - Si alguno de sus otros proveedores abandona nuestro plan, le notificaremos si está asignado al proveedor, si actualmente recibe atención de su parte o si lo ha atendido en los últimos tres meses.
- Lo ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si actualmente está recibiendo tratamiento o terapias médicas con su proveedor actual, tiene derecho a solicitarlo y trabajaremos con usted para asegurarnos de que continúen recibiendo el tratamiento o las terapias médicamente necesarios que esté recibiendo.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

- Organizaremos cualquier beneficio cubierto que sea necesario desde el punto de vista médico fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Se debe obtener la autorización del plan antes de solicitar atención para los artículos que requieren autorización, como una cirugía o la atención para pacientes hospitalizados.
- Si descubre que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a encontrar un nuevo proveedor que se encargue de 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 gestionando 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 ambas. Consulte el capítulo 9.

Sección 2.4 Cómo obtener atención de proveedores fuera de la red

Nuestro plan brinda atención a través de una red de médicos, hospitales y otros profesionales médicos disponibles para brindarle atención. Con nuestro beneficio HMO-POS, puede salir de la red para recibir atención al mismo costo compartido que dentro de la red para los servicios cubiertos.

- Por lo general, necesitará una remisión o una autorización previa para recibir atención en un centro y, en la mayoría de los casos, su PCP puede ayudarlo a obtener la autorización más rápidamente.
- Si eliges ir a un especialista fuera de la red a través de la opción POS, comunícate con el proveedor fuera de la red para recibir la aprobación previa de la cobertura del plan. No se requiere una remisión, pero se debe enviar un informe de la visita a su PCP.
- Tendrá que trabajar con su médico para obtener una autorización previa antes de recibir servicios de hospitalización, cirugía, quimioterapia y otros servicios especializados.

Si decide salir de la red mediante la opción POS, el proveedor fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los términos y condiciones del pago del plan.

Nunca se requiere una remisión o una autorización previa para la atención de emergencia, la atención de urgencia y la diálisis para los miembros con ESRD que se encuentran temporalmente fuera del área de servicio, y usted siempre pagará los costos compartidos de la red en estos casos.

Si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted cree que debemos pagar, comuníquese con Servicios para Miembros o envíenos la factura para su pago. Le pagaremos a su médico nuestra parte de la factura y su médico puede facturarle el monto que adeude, si lo hubiera.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

Los proveedores fuera de la red que aceptan Medicare no pueden facturar más de lo permitido por Original Medicare. Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que nos facture primero, pero si ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. (Tenga en cuenta que no podemos pagarle a un proveedor que haya optado por no participar en el programa de Medicare. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que no se ha excluido de Medicare). Si determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios desde el punto de vista médico, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total.

Cualquier servicio que no esté cubierto en el nivel de beneficio dentro de la red no estará cubierto en el nivel de beneficio de punto de servicio (POS). Consulte el capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, para obtener una lista de los servicios cubiertos que se incluyen en el beneficio POS (fuera de la red) y su participación en los costos cuando lo usa.

Nuestro plan permite a los miembros consultar a proveedores fuera de la red para recibir servicios cubiertos por Medicare. Estas circunstancias se describen a continuación (y se indican en la sección 1.2 de este capítulo):

1. Puede obtener atención de urgencia y emergencia en cualquier parte del mundo. Consulte el capítulo 4, sección 2 (Tabla de beneficios médicos) para obtener más detalles.
2. Cuando se encuentre 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 la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica del plan no puedan brindar. (Los proveedores de la red se describen en la sección 1.1 de este capítulo). Usted, su PCP, su representante autorizado o su proveedor tratante pueden llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar una autorización previa si es necesaria para la atención de pacientes hospitalizados, la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia y algunos otros servicios. Llámenos sin cargo 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 el Departamento de 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, es posible que se le pida que pague más que si recibiera la atención de un proveedor de la red. Sin embargo, es posible que estos proveedores fuera de la red no le «facturen un 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 participación en los costos. (Consulte el capítulo 4, sección 1.5 para obtener una explicación de la facturación del saldo). Si un proveedor fuera de la red en EE. UU. o sus territorios le factura más del monto de costo compartido por los servicios cubiertos, envíenos la factura. (Consulte el capítulo 7, sección 2, para obtener instrucciones sobre cómo pedirnos que paguemos una factura que haya recibido).

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

Sección 3.1 Cómo recibir atención si tiene una emergencia médica

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

Una **emergencia médica** se produce cuando usted, o cualquier otra persona prudente y con un conocimiento medio 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 del feto), la pérdida de una extremidad o de una función de una extremidad, o la pérdida o el 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 antes posible.** Llame al 911 para pedir 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 es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención médica de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura mundial de atención de emergencia y urgencia, y de cualquier proveedor con la licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de que nuestro plan haya recibido información sobre su emergencia.** Necesitamos hacer un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deben llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general en un plazo de 48 horas. Llámenos al número gratuito 1-844-294-6535 (TTY 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los 7 días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, de lunes a viernes, del 1 de abril al 30 de septiembre, para que podamos ayudarle.

¿Qué cubre 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 pueda poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos durante la emergencia.

Los médicos que le brinden atención de emergencia decidirán cuándo su afección se estabiliza y si la emergencia médica ha terminado.

Una vez finalizada la emergencia, tiene derecho a recibir atención de seguimiento para asegurarse de que su afección se mantenga estable. Sus médicos seguirán tratándolo hasta que se

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

pongan en contacto con nosotros y planifique una atención adicional. Su atención de seguimiento estará cubierta por nuestro plan.

Si su atención de emergencia la brindan 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 afección 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, podrías acudir a un centro de atención de emergencia (pensando que tu salud corre un grave peligro) y el médico podría decir que, después de todo, no se trataba de una emergencia médica. Si resulta que no se trataba de una emergencia, siempre y cuando pensara razonablemente que su salud corría un grave peligro, cubriremos su atención.

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

- Acude a un proveedor de la red para recibir la atención adicional.
- — o — La atención adicional que reciba se considera un servicio de urgencia y usted sigue las normas para recibir esta atención de urgencia (para obtener más información al respecto, consulte la sección 3.2 a continuación).

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

¿Cuáles son los servicios que se necesitan con urgencia?

Un servicio que se necesita con 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 que se necesitan con urgencia y que se prestan fuera de la red. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia son i) un dolor de garganta intenso que se produce 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 necesita atención urgente? Siempre debe intentar obtener los servicios que necesite con urgencia de los proveedores de la red. Sin embargo, si los proveedores no están disponibles o son inaccesibles temporalmente y no es razonable esperar para recibir atención de su proveedor de la red cuando la red esté disponible, cubriremos los servicios que necesite con urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red.

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

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

¿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 que necesite con urgencia y que reciba de cualquier proveedor.

Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias. Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y los que se necesitan con urgencia en todo el mundo. Si necesita atención urgente fuera de los EE. UU. y sus territorios, será responsable de pagar los servicios prestados por adelantado. Le reembolsaremos todos los costos cubiertos pertinentes. Hay un copago de 120 dólares y un monto máximo de cobertura de beneficios del plan de 75 000 dólares cada año para el beneficio mundial. Para obtener más información, consulte la tabla de beneficios en el capítulo 4 o llámenos sin cargo al 1-844-294-6535 (TTY 711).

Sección 3.3 Recibir atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, el Secretario de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declaran un estado de desastre o emergencia en su área geográfica, usted todavía tiene derecho a recibir la 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 con receta 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 ha pagado más de los costos compartidos de su plan por los servicios cubiertos, o si ha recibido una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, consulte el Capítulo 7 (*Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya recibido por servicios médicos o medicamentos cubiertos*) 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, usted debe pagar el costo total

Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se enumeran en la tabla de beneficios médicos del capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y no estaba autorizado, usted es responsable de pagar el costo total de los servicios.

En el caso de 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 alcanzado el límite de beneficios no cuenta para el desembolso máximo. Puede llamar a Servicios para Miembros al número gratuito 1-844-294-6535 (TTY 711) cuando desee saber qué parte del 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 la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios en el estudio.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y usted exprese su interés, una persona que trabaje en el estudio se pondrá en contacto con usted para explicarle más sobre el estudio y comprobar si cumple con los requisitos establecidos por los científicos que lo están realizando. Puede participar en el estudio siempre que cumpla con los requisitos del estudio y comprenda y acepte plenamente lo que implica participar en el estudio.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayoría de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que participa en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios de ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto original de los costos compartidos de Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, tendrás que proporcionarnos documentación que nos muestre cuánto has pagado. Cuando participe en un estudio de investigación clínica, puede permanecer inscrito en nuestro plan y seguir recibiendo el resto de su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) a través de nuestro plan.

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

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

proveedores de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que es responsable nuestro plan, que incluyen, como componente, un ensayo clínico o un registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional (NCD) y en los ensayos de estudios de exención de dispositivos en investigación (IDE) (IDE) y pueden estar sujetos a una autorización previa y a otras normas del plan.

Si bien no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto por Original Medicare para las personas inscritas en Medicare Advantage, le recomendamos que nos notifique con anticipación si decide participar en ensayos clínicos que califiquen para 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 participe en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, entre los que se incluyen:

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

Una vez que Medicare haya pagado su parte del costo de estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre los costos compartidos de Original Medicare y los costos compartidos 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 recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre la cantidad de costos compartidos que pagó. Consulte el capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

A continuación, se muestra un ejemplo de cómo funciona el reparto de costes:

Supongamos que se hace una prueba de laboratorio que cuesta 100 dólares como parte del estudio de investigación. Supongamos también que su parte de los costos de esta prueba es de 20 dólares en el caso de Original Medicare, pero la prueba costaría 10 dólares menos que los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

pagaría 80 dólares por la prueba y usted pagaría el copago de 20 dólares que exige Original Medicare. Luego, notificaría a su plan que recibió un servicio de ensayos clínicos calificado y presentaría documentación al plan, como una factura del proveedor. Entonces, el plan le pagaría directamente 10 dólares. 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 la documentación a su plan, como la factura del proveedor.

Cuando participe en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán lo siguiente:**

- Por lo general, Medicare *no* pagará el artículo o servicio nuevo que se esté evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra el artículo o servicio incluso si usted *no* participó en el estudio.
- Artículos o servicios que se proporcionan únicamente para recopilar datos y no se utilizan en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección médica normalmente requeriría solo una tomografía computarizada.

¿Quieres saber más?

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, visite 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 de atención médica religiosa no médica

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

Una institución de atención médica religiosa 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, proporcionaremos cobertura para la atención en una institución de atención médica religiosa no médica. Este beneficio se proporciona solo para los servicios para pacientes hospitalizados de la Parte A (servicios de atención médica no médica).

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

Para recibir atención en una institución de atención médica religiosa no médica, debe firmar un documento legal que diga que se opone de manera consciente a recibir tratamiento médico que no esté exento de excepciones.

- 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 **excluido** es la atención médica o el tratamiento que recibe y que *no* es voluntario o que *es exigido* por la ley federal, estatal o local.

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

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de los servicios que recibe de nuestro plan se limita a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución que se le proporcionan 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 en un centro de enfermería especializada.
 - — y — debe obtener la aprobación previa de nuestro plan antes de ser admitido en el centro, o su estadía no estará cubierta.

Se aplican límites de cobertura hospitalaria para pacientes hospitalizados de Medicare; consulte las filas de beneficios para pacientes hospitalizados en la tabla de beneficios médicos del capítulo 4 para obtener información más detallada.

SECCIÓN 7 Normas de propiedad de equipos médicos duraderos

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

El equipo médico duradero (DME) 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 solicitados por un proveedor para su uso en el hogar. El miembro siempre es

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

propietario de ciertos artículos, como prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de DME que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de DME son las propietarias del equipo después de pagar los copagos del artículo durante 13 meses. Sin embargo, como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), no adquirirá la propiedad de los artículos del DME alquilados sin importar cuántos copagos realice por el artículo mientras sea miembro de nuestro plan, incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por el artículo del DME en virtud de Original Medicare antes de unirse a nuestro plan.

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

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

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Los pagos que realizó en Original Medicare no cuentan.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se unió a nuestro plan. Estabas en nuestro plan, pero no obtuviste la propiedad mientras estabas en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Tendrá que hacer 13 nuevos pagos consecutivos para ser propietario del artículo una vez que vuelva a inscribirse en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2	Reglas para equipos, suministros y mantenimiento de oxígeno
--------------------	--

¿A qué prestaciones de oxígeno tiene derecho?

Si reúne los requisitos para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS 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 abandona Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) o ya no necesita equipo de oxígeno por motivos médicos, debe devolverlo.

Capítulo 3 Uso del plan para sus servicios médicos

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

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

CAPÍTULO 4:

*Cuadro de beneficios médicos
(qué está cubierto y
cuánto paga)*

SECCIÓN 1 Comprenda los gastos de bolsillo de los servicios cubiertos

Este capítulo proporciona una tabla de beneficios médicos en la que se enumeran los servicios cubiertos y se muestra cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

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

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

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte. (La sección 1.2 le brinda más información sobre el deducible de su plan). (La sección 1.3 le brinda más información sobre sus deducibles para ciertas categorías de servicios).
- El **copago** es la cantidad fija que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Usted paga un copago al momento de recibir el servicio médico. (La tabla de beneficios médicos de la sección 2 le brinda más información sobre sus copagos).
- El **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 de la sección 2 le brinda más información sobre su coseguro).

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

Sección 1.2 ¿Cuál es el deducible de su plan?

Su deducible es de 226 dólares. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado su deducible, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (el monto de su copago o coseguro) durante el resto del año calendario.

El deducible no se aplica a algunos servicios. Esto significa que pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios incluso si aún no ha pagado su deducible. El deducible no se aplica a los siguientes servicios:

- \$0.00 Servicios preventivos de Medicare
- Servicios de emergencia/necesidad urgente

- Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero
- Servicios proporcionados fuera de la red mediante la opción de punto de servicio
- Acupuntura (de rutina)
- Examen físico de rutina anual
- Servicios quiroprácticos (de rutina)
- Servicios odontológicos (preventivos e integrales)
- Servicios de educación sanitaria
- Prestación de acondicionamiento físico
- Servicios de audición (exámenes de rutina y audífonos)
- Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño
- Cuidados paliativos domiciliarios
- Servicios de evaluación de seguridad en el hogar
- Servicios de apoyo a domicilio
- Comidas
- Tarjeta de débito de venta libre
- Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS)
- Servicios de podología (cuidado rutinario de los pies)
- Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta
- Servicios de prevención de readmisión
- Prestaciones suplementarias especiales para los enfermos crónicos
- Servicios de telemonitorización
- Transporte (rutinario)
- Cuidado de la vista (exámenes de rutina y gafas)
- Servicios de atención de urgencias y emergencias en todo el mundo

Sección 1.3	Nuestro plan también tiene un deducible independiente para ciertos tipos de servicios
--------------------	--

Además del deducible del plan que se aplica a todos los servicios médicos cubiertos, también tenemos un deducible para ciertos tipos de servicios.

El plan tiene un monto deducible para ciertos servicios. Hasta que haya pagado el monto del deducible, debe pagar el costo total de la atención hospitalaria. Una vez que haya pagado su deducible, pagaremos nuestra parte de los costos de estos servicios y usted pagará la suya. Tanto

el deducible del plan como el deducible por atención para pacientes hospitalizados se aplican a la atención para pacientes hospitalizados cubierta. *Esto significa que, una vez que alcance el deducible del plan o el deducible de la atención para pacientes hospitalizados, comenzaremos a pagar nuestra parte de los costos de la atención para pacientes hospitalizados cubierta.* La tabla de beneficios de la Sección 2 muestra los deducibles por categoría de servicio.

Sección 1.4	¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare?
--------------------	---

Como está inscrito en un plan Medicare Advantage, hay 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 desembolso de bolsillo (MOOP) para servicios médicos. Para el año calendario 2024, esta cantidad es de 8.850 dólares.

Los montos que pague por deducibles, copagos y coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se incluyen en este monto máximo de desembolso personal. Los montos que paga por las primas de su plan y por sus medicamentos con receta de la Parte D no se incluyen en el monto máximo que debe desembolsar de su bolsillo. Si alcanza el monto máximo de gastos de bolsillo de \$8,850, no tendrá que pagar ningún gasto de bolsillo durante el resto del año por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima del plan y la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.5	Nuestro plan no permite que los proveedores le paguen el saldo y le facturen
--------------------	---

Como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), una protección importante para usted es que, una vez que haya alcanzado cualquier deducible, solo tendrá que pagar el monto de los costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor 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 dólares), solo paga esa cantidad por los servicios cubiertos de un proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje del total de los cargos), nunca pagará más de ese porcentaje. Sin embargo, el costo depende del tipo de proveedor al que acuda:
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor de la red, 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).

Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)

- Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes.
- 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 los proveedores no participantes. (Recuerde que el plan cubre los servicios de proveedores fuera de la red solo en determinadas situaciones, como cuando recibe una remisión, en caso de emergencia o fuera del área de servicio para los servicios que se necesitan con urgencia).
- Si cree que un proveedor le ha facturado un saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice 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

La tabla de beneficios médicos de las siguientes páginas muestra los servicios que cubre Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) y lo que usted paga de su bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el capítulo 5. Los servicios que figuran en la tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumplen los siguientes requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben proporcionarse de acuerdo con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluidos la atención médica, los servicios, los suministros, el equipo y los medicamentos con receta de la Parte B) *deben* ser necesarios desde el punto de vista médico. Necesario desde el punto de vista médico 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.
- Tiene un proveedor de atención primaria (un PCP) que le brinda y supervisa su atención. En la mayoría de los casos, su PCP debe darle su aprobación por adelantado, cuando sea necesario, antes de que pueda consultar a otros proveedores de la red del plan. Esto se denomina «remitirle».
- Algunos de los servicios que figuran en la tabla 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 requieren aprobación previa están marcados en **negrita** en la tabla de beneficios médicos con una declaración que indica que se requiere autorización previa.

Otras cosas importantes que debe saber acerca de nuestra cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que en Original Medicare. Para otros, pagas *menos*. (Si desea obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte el manual *Medicare & You 2024*. 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 alguno para usted. Sin embargo, si también recibe tratamiento o control para detectar una afección médica existente durante la visita cuando recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por la atención que reciba para la afección médica existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún servicio nuevo durante 2024, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si se encuentra dentro del período de 6 meses de nuestro plan en el que se considera que sigue siendo elegible, continuaremos proporcionándole todos los beneficios cubiertos por el plan y los montos de su participación en los costos no cambiarán durante este período.


Información importante sobre los beneficios para los afiliados con enfermedades crónicas

- Si se le diagnostica la (s) siguiente (s) afección (s) crónica (s) que se identifican a continuación y cumple con ciertos criterios, es posible que reúna los requisitos para recibir beneficios adicionales especiales para los enfermos crónicos.
 - trastornos cardiovasculares, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, enfermedad renal terminal (ESRD), dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, demencia, enfermedad hepática terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares
 - Estos beneficios son para los miembros elegibles que deben participar en nuestro Programa de administración de casos y cumplir con las actividades con objetivos y medidas de resultados definidos. No todos los miembros calificarán.
- Consulte la sección de *beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos* en la siguiente tabla de beneficios médicos para obtener más información.
- Póngase en contacto con nosotros para saber exactamente a qué beneficios puede tener derecho.





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



Tabla de beneficios médicos



Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Examen 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 recibe una remisión de su médico, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para este examen preventivo.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para este examen preventivo.</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <p>Los beneficiarios de Medicare cubren hasta 12 visitas en 90 días en las siguientes circunstancias:</p> <p>A los efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con una duración de 12 semanas o más; • inespecífica, ya que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no está asociada con enfermedades metastásicas, inflamatorias, infecciosas, etc.); • no está asociado con la 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 está retrocediendo.</p>	<p>Un coseguro del 20% para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% para los servicios de acupuntura cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Acupuntura para la lumbalgia crónica (continuación)</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (tal como se define en 1861 (r) (1) de la Ley de Seguridad Social (la Ley)) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP) o los especialistas en enfermería clínica (CNS) (tal como se identifican en 1861 (aa) (5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales aplicables y tienen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM); y • una licencia vigente, 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 administre acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un médico, PA o NP/CNS exigido por nuestras regulaciones en 42 CFR § 410.26 y 410.27.</p>		
<p>Acupuntura (beneficio de rutina) *</p> <p>La cobertura de beneficios suplementarios incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hasta 12 visitas de rutina al año 	<p>Un coseguro del 20% para hasta 12 visitas de rutina al año.</p>	<p>Un coseguro del 20% para hasta 12 visitas de rutina al año.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen los servicios de ambulancia de ala fija, rotatoria y terrestre, hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se proporcionan a un miembro cuya afección médica sea tal que otros medios de transporte puedan poner en peligro la salud de la persona o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el traslado en ambulancia es obligatorio por motivos médicos.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a cada viaje de ida.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de transporte terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada servicio de transporte aéreo cubierto por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a cada viaje de ida.</p>
<p>Examen físico de rutina anual*</p> <p>El examen físico de rutina anual incluye un examen físico completo y una evaluación del estado de las enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológico ni pruebas de diagnóstico o pruebas de diagnóstico no radiológicas. Es posible que se aplique un costo compartido adicional a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico que se realice durante su visita, como se describe para cada servicio por separado en esta tabla de beneficios médicos. El examen físico de rutina anual se limita a uno cada año.</p>	<p>Copago de 0\$</p>	<p>Copago de 0\$</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si ha tenido la Parte B durante más de 12 meses, puede acudir a una consulta de bienestar anual para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su estado de salud y sus factores de riesgo actuales. Esto se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita de bienestar anual no puede realizarse dentro de los 12 meses posteriores a la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que haya tenido una visita de <i>bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para las visitas de bienestar anuales 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>No hay coseguro, copago ni deducible para la visita de bienestar anual.</p>
<p> Medición de masa ósea</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos (por lo general, se refiere a las personas que corren el riesgo de perder masa ósea o de padecer osteoporosis), se cubren los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si es necesario desde el punto de vista médico: 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 la masa ósea cubierta por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Exámenes de detección del cáncer de mama (mamografías)</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía de referencia entre los 35 y los 39 años • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres de 40 años o más • Exámenes clínicos de las mamas una vez cada 24 meses 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.</p>	<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 ciertas condiciones con la remisión de un médico. El plan también cubre los programas de rehabilitación cardíaca intensiva que suelen ser más rigurosos o más intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.</p> <p>Se requiere una referencia para los servicios.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación cardíaca cubierto por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación cardíaca intensiva cubierto por Medicare.</p>
<p> Visita de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedades cardiovasculares)</p> <p>Cubrimos una visita al año con su médico de atención primaria para ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta visita, el médico puede hablar sobre el uso de aspirina (si es apropiado), controlar tu presión arterial y darte consejos para asegurarte de que estás comiendo de manera saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de la terapia conductual intensiva.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedades cardiovasculares de la terapia conductual intensiva.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Pruebas de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular) una vez cada 5 años (60 meses).	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.	No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedades cardiovasculares que estén cubiertas una vez cada 5 años.
 Exámenes de detección del cáncer de cuello uterino y vaginal Los servicios cubiertos incluyen: <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 de cuello uterino o vaginal o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes pélvicos y de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios quiroprácticos Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la columna vertebral para corregir la subluxación • Visitas de rutina a los servicios quiroprácticos (hasta 12 visitas de rutina por año) * 	Un coseguro del 20% por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. Coseguro del 20% por cada visita de rutina a los servicios quiroprácticos (hasta 12 visitas de rutina por año).	Un coseguro del 20% por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. Coseguro del 20% por cada visita de rutina a los servicios quiroprácticos (hasta 12 visitas de rutina por año).

<p> Exámenes de detección del cáncer colorrectal</p> <p>Se incluyen las siguientes pruebas de detección:</p> <ul style="list-style-type: none">• La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para los pacientes que no presentan un riesgo alto, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para los pacientes que no tienen un riesgo alto de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa o un enema de bario.• Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no presentan un riesgo alto después de que el paciente se haya sometido a una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo después de la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario.• Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses.• ADN de heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• Pruebas de biomarcadores de base sanguínea para pacientes de 45 a 85 años que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.• El enema de bario como alternativa a la colonoscopia para pacientes de alto riesgo y 24 meses desde el último enema de bario de detección o la última colonoscopia de detección.	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, excepto los enemas de bario, a los que se aplica el coseguro. Si el médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>Copago de 0 dólares por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección del cáncer colorrectal cubiertos por Medicare, excepto los enemas de bario, a los que se aplica el coseguro. Si el médico encuentra y extrae un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico.</p> <p>Copago de 0 dólares por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>
---	--	--

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Exámenes de detección del cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> El enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no presentan un riesgo alto. Una vez al menos 48 meses después de la última prueba de detección: enema de bario o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba no invasiva de detección del cáncer colorrectal basada en las heces cubierta por Medicare arroje un resultado positivo.</p>		
<p>Servicios odontológicos</p> <p>En general, Original Medicare no cubre los servicios dentales preventivos (como la limpieza, los exámenes dentales de rutina y las radiografías dentales). Sin embargo, actualmente Medicare paga los servicios dentales en un número limitado de circunstancias, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de una afección médica primaria del beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones dentales que se realizan como preparación para el tratamiento con radiación para el cáncer que afecta a la mandíbula o los exámenes orales previos al trasplante renal.</p>	<p>Copago de 0\$ por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p>	<p>Copago de 0\$ por cada servicio dental cubierto por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios odontológicos (continuación)</p> <p>Además, cubrimos:</p> <p>Servicios dentales preventivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exámenes orales ilimitados todos los años • limpiezas ilimitadas cada año • tratamientos ilimitados con flúor todos los años • radiografías ilimitadas todos los años <p>Servicios dentales integrales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios no rutinarios (visitas ilimitadas todos los años) • Servicios de diagnóstico (visitas ilimitadas todos los años) • Servicios de restauración (visitas ilimitadas todos los años) • Servicios de endodoncia (visitas ilimitadas todos los años) • Servicios de periodoncia (visitas ilimitadas todos los años) • Servicios de extracción (visitas ilimitadas todos los años) • Prostodoncia y otros servicios de cirugía oral/maxilofacial (visitas ilimitadas todos los años) 	<p>Beneficio flexible combinado:</p> <p>Monto máximo combinado de cobertura del plan de \$1,000 cada 3 meses para servicios dentales preventivos e integrales. Esta asignación trimestral combinada se puede utilizar para beneficios dentales y otros beneficios flexibles.</p>	
<p> Prueba de detección de depresión</p> <p>Cubrimos un examen de detección de la depresión por año. La evaluación debe realizarse en un entorno de atención primaria que pueda proporcionar tratamiento de seguimiento y/o derivaciones.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de la depresión.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de detección de la depresión.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Detección de diabetes</p> <p>Cubrimos este análisis (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 sangre (glucosa). Las pruebas también pueden estar cubiertas si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes.</p> <p>Según los resultados de estas pruebas, es posible que reúna los requisitos para hacerse 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>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para diabéticos</p> <p>Para todas las personas con diabetes (usuarios de insulina y no usuarios de insulina). Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministros para controlar la glucosa en sangre: Monitor de glucosa en sangre, tiras reactivas de glucosa en sangre, dispositivos y lancetas y soluciones de control de glucosa para comprobar la precisión de las tiras reactivas y los monitores. • Para las personas con diabetes que tienen una enfermedad grave del pie diabético: Un par por año natural de zapatos terapéuticos moldeados a medida (incluidos los insertos incluidos con dichos zapatos) y dos pares adicionales de insertos, o un par de zapatos con profundidad y tres pares de insertos (sin incluir los insertos extraíbles no personalizados que se proporcionan con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>Copago de 0 dólares para suministros de monitoreo diabético cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de 0 dólares para zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de 0 dólares para los servicios de capacitación sobre el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de 0 dólares para suministros de monitoreo diabético cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de 0 dólares para zapatos o insertos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>Copago de 0 dólares para los servicios de capacitación sobre el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<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 solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos generadores de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los DME necesarios desde el punto de vista médico cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no tiene una marca o fabricante en particular, puede preguntarle si pueden hacer un pedido especial para usted. La lista más reciente de proveedores está disponible en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.</p> <p>Se requiere autorización previa para todos los equipos DME de 500\$ o más.</p>	<p>Un coseguro del 20% para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido de la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes.</p> <p>Su participación en los costos no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p>	<p>Un coseguro del 20% para equipos médicos duraderos cubiertos por Medicare.</p> <p>El costo compartido de la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20% cada mes.</p> <p>Su participación en los costos no cambiará después de haber estado inscrito durante 36 meses.</p>

Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Atención de emergencia</p> <p>La atención de emergencia se refiere a los servicios que son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suministrado por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia, y • Necesario para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vidas (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>El costo compartido de los servicios de emergencia necesarios proporcionados fuera de la red es el mismo que el de los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la sección de <i>servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo</i> para obtener más información.</p>	<p>Copago de 95 dólares por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Los costos compartidos de la sala de emergencias no se aplican si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta <i>O</i> debe recibir su atención como paciente hospitalizado en un 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>Copago de 95 dólares por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. Los costos compartidos de la sala de emergencias no se aplican si usted ingresa en el hospital dentro de las 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención hospitalaria después de que su afección de emergencia se estabilice, debe regresar a un hospital de la red para que su atención continúe cubierta <i>O</i> debe recibir su atención como paciente hospitalizado en un 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>

Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<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 grupos y como capacitaciones individuales en el hogar para personas confinadas en sus hogares. 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 objetivos. <p>Aptitud física:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene acceso a centros de acondicionamiento físico que pueden incluir equipos, clases de ejercicios, piscinas y otros servicios disponibles. También se encuentran disponibles kits de acondicionamiento físico para el hogar y recursos y apoyos en línea. Este beneficio lo administra el programa Silver& Fit de American Specialty Health. 	<p>Copago de 0\$ para los servicios del programa educativo sobre salud y bienestar.</p> <p>Copago de 0\$ para el beneficio de acondicionamiento físico.</p>	<p>Copago de 0\$ para los servicios del programa educativo sobre salud y bienestar.</p> <p>El beneficio de acondicionamiento físico no está cubierto.</p>
<p>Servicios de audición</p> <p>Las evaluaciones diagnósticas de la audición y el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención ambulatoria si las proporciona un médico, audiólogo u otro proveedor calificado.</p>	<p>Copago de 0\$ por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p>	<p>Copago de 0\$ por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de audición (continuación)</p> <p>Los beneficios adicionales incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examen de audición de rutina (exámenes de audición de rutina ilimitados todos los años) Ajuste y evaluación de los audífonos (ajuste y evaluación ilimitados de las visitas anuales a los audífonos) Audífonos: todos los tipos (audífonos ilimitados) 	<p>Copago de 0\$ por cada examen de audición de rutina.</p> <p>Copago de 0\$ por cada visita rutinaria de ajuste o evaluación del audífono.</p>	<p>Copago de 0\$ por cada examen de audición de rutina.</p> <p>Copago de 0\$ por cada visita rutinaria de ajuste o evaluación del audífono.</p>
	<p>Beneficio flexible combinado:</p> <p>Monto máximo combinado de cobertura del plan de 1000\$ cada 3 meses (para ambos oídos juntos) para audífonos. Esta cantidad se combina con los exámenes de audición de rutina y se puede utilizar para otros beneficios flexibles combinados.</p>	
<p> Prueba de detección del VIH</p> <p>Para las personas que solicitan hacerse una prueba de detección del VIH o que corren un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Un examen de detección cada 12 meses <p>Para las mujeres embarazadas, cubrimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para hacerse la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para hacerse la prueba preventiva del VIH cubierta por Medicare.</p>
<p>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>Copago de 0\$ para dispositivos de seguridad para el hogar y el baño.</p>	<p>No cubierto</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Cuidados paliativos domiciliarios*</p> <p>Las visitas de cuidados paliativos domiciliarios las realizan profesionales con licencia para satisfacer las necesidades básicas de los miembros (físicas, psicológicas y más) de los miembros con enfermedades debilitantes crónicas.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de 0 dólares para cuidados paliativos domiciliarios.</p>	<p>Copago de 0 dólares para cuidados paliativos domiciliarios.</p>
<p>Atención de salud a domicilio en agencias</p> <p>Antes de recibir los servicios de salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita los servicios de salud en el hogar y ordenará que los proporcione una agencia de atención médica a domicilio. Debe estar confinado en su hogar, lo que significa que salir de casa es un esfuerzo importante.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de enfermería especializada y asistencia médica a domicilio a tiempo parcial o intermitente (para que estén cubiertos por el beneficio de atención médica a domicilio, sus servicios combinados de enfermería especializada y asistencia de salud a domicilio deben tener un total de menos de 8 horas por día y 35 horas por semana) • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios médicos y sociales • Equipos y suministros médicos <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>Copago de 0 dólares para los servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de 0 dólares para los servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Terapia de infusión domiciliaria</p> <p>La terapia de infusión domiciliaria implica la administración intravenosa o subcutánea de fármacos o productos biológicos a una persona en el hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el fármaco (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de cuidados • Capacitación y educación de los pacientes no cubiertas de otro modo por la prestación de equipo médico duradero • Monitorización remota • Servicios de monitoreo para la prestación de terapia de infusión domiciliaria y medicamentos de infusión domiciliaria proporcionados por un proveedor calificado de terapia de infusión domiciliaria <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>Coseguro del 0% al 20% por cada servicio de terapia de infusión domiciliaria cubierto por Medicare.</p>	<p>Coseguro del 0% al 20% por cada servicio de terapia de infusión domiciliaria cubierto por Medicare.</p>

Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)

<p>Cuidados paliativos</p> <p>Tiene derecho a la prestación de cuidados paliativos cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifique que tiene una enfermedad terminal y le quedan 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Puede recibir atención de cualquier programa de cuidados paliativos certificado por Medicare. Su plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas de cuidados paliativos certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización MA posea, controle o en los que tenga un interés financiero. El médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados de relevo a corto plazo • Atención domiciliaria <p>Cuando lo ingresan en un hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si decide permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas del plan.</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y los servicios que están cubiertos por la Parte A o B de Medicare y están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (y no nuestro plan) pagará a su proveedor de cuidados paliativos por sus servicios de hospicio y por cualquier servicio de las Partes A y B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de cuidados paliativos, su proveedor de cuidados paliativos facturará a Original Medicare los servicios que pague Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal corren a cargo de Original Medicare, no de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).</p>	<p>Cuando se inscribe en un programa de cuidados paliativos certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de las Partes A y B relacionados con su pronóstico terminal corren a cargo de Original Medicare, no de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).</p>
---	--	--

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Cuidados paliativos (continuación)</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 sean de emergencia ni urgentes y que estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las reglas del plan (por ejemplo, si se requiere 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 de los costos compartidos del plan por los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga los costos compartidos en virtud de Medicare de pago por servicio (Medicare original) <p><u>Para los servicios que cubre Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pero que no están cubiertos por las Partes A o B de Medicare:</u> Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o B, estén o no relacionados con su pronóstico terminal. Usted paga el monto de los costos compartidos de su plan por estos servicios.</p>		

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Cuidados paliativos (continuación)</p> <p><u>Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos. Si están relacionados con su afección terminal de cuidados paliativos, usted paga los costos compartidos de Original Medicare. 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 (Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos certificado por Medicare).</u></p> <p>Nota: Si necesita cuidados no relacionados con un hospicio (cuidados que no están relacionados con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para organizar los servicios.</p>		

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Inmunizaciones</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 adicionales contra la gripe si es necesario desde el punto de vista médico • Vacuna contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer la hepatitis B • Vacuna contra la COVID-19 • Otras vacunas si está en riesgo y cumplen con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la influenza, la hepatitis B y el COVID-19.</p>
<p>Evaluación de seguridad en el hogar*</p> <p>Los servicios incluyen 2 visitas al año para evaluar el entorno del hogar en busca de posibles problemas de seguridad que podrían provocar caídas u otros riesgos para la salud.</p>	<p>Copago de 0\$ para servicios de evaluación de seguridad en el hogar.</p>	<p>Copago de 0\$ para servicios de evaluación de seguridad en el hogar.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de apoyo a domicilio*</p> <p>Hasta 60 horas al 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 a aprender 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 utilizar el proveedor/vendedor contratado por el plan.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de 0\$ para servicios de asistencia a domicilio.</p>	<p>No cubierto</p>

<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados</p> <p>Incluye hospitalización aguda, rehabilitación para pacientes hospitalizados, hospitales de cuidados a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados. La atención hospitalaria para pacientes hospitalizados comienza el día en que ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de que le den el alta es su último día de hospitalización.</p> <p>Tiene cobertura durante 90 días por período de beneficio para las hospitalizaciones de pacientes hospitalizados cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o una habitación privada si es necesario por razones médicas) • Comidas que incluyen dietas especiales • Servicios de enfermería habituales • Costos de las unidades de cuidados especiales (como las unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de electrodomésticos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia • Servicios de abuso de sustancias para pacientes hospitalizados 	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficio.</p> <p>Días 1 a 60: copago de 0\$ por cada período de beneficio.</p> <p>Días 61 a 90: copago de 400\$ por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 y posteriores: copago de 800\$ por cada «día de reserva vitalicio» después del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los gastos.</p> <p>Estos son montos de participación en los costos de 2023 y pueden cambiar para 2024.</p> <p>Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficio.</p> <p>Días 1 a 60: copago de 0\$ por cada período de beneficio.</p> <p>Días 61 a 90: copago de 400\$ por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 y más: copago de 800\$ por cada «día de reserva vitalicio» a partir del día 90 por cada período de beneficio (hasta 60 días a lo largo de su vida).</p> <p>Más allá de los días de reserva vitalicios: todos los gastos.</p> <p>Estos son montos de participación en los costos de 2023 y pueden cambiar para 2024.</p> <p>Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.</p>
---	---	--

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> En determinadas condiciones, se incluyen los siguientes tipos de trasplantes: córnea, renal, renal-pancreático, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, haremos los arreglos necesarios para que un centro de trasplantes aprobado por Medicare revise su caso y decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplantes dentro de la red están fuera del patrón de atención de la comunidad, puede optar por acudir localmente siempre que los proveedores de trasplantes locales estén dispuestos a aceptar la tarifa original de Medicare. Si Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención de trasplantes en su comunidad y usted decide hacerse los trasplantes en este lugar lejano, organizaremos o pagaremos los costos correspondientes de alojamiento y transporte para usted y su acompañante. 	<p>Se aplican períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, los costos compartidos mencionados anteriormente se aplican cada vez que ingresa en el hospital. El traslado a un tipo de centro diferente (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un centro de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>Se aplican períodos de beneficios hospitalarios de Medicare. En el caso de la atención hospitalaria para pacientes hospitalizados, los costos compartidos mencionados anteriormente se aplican cada vez que ingresa en el hospital. El traslado a un tipo de centro diferente (como un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados o un centro de cuidados a largo plazo) se considera una nueva admisión.</p> <p>Si recibe atención hospitalaria autorizada en un hospital fuera de la red después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Atención hospitalaria para pacientes hospitalizados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre total y de los glóbulos rojos acumulados (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que se necesita. Servicios médicos <p>Nota: Para ser un paciente hospitalizado, su proveedor debe emitir una orden para admitirlo formalmente como paciente internado en el hospital. Incluso si pasas la noche en el hospital, es posible que se te considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> 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 llaman 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 para los servicios.</p>		


Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)


<p>Servicios para pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen los servicios de atención de salud mental que requieren hospitalización.</p> <p>Limitaciones/Restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> El plan cubre 90 días en cada período de beneficios. El período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital para pacientes hospitalizados cubierto por Medicare (incluido un hospital psiquiátrico, un hospital de cuidados intensivos a largo plazo y un hospital de rehabilitación o recibe atención especializada en un centro de enfermería especializada (SNF)). El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido servicios de hospitalización (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si ingresa en el hospital después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Un período de beneficios puede incluir admisiones múltiples. Se aplicará un copago por admisión hasta que se agote el beneficio. El plan cubre los días de reserva de por vida. Los días de reserva vitalicios ofrecen 60 días adicionales de cobertura para pacientes hospitalizados cuando un beneficiario de Medicare permanece en el hospital durante más de 90 días. Usted paga un copago de 800\$ por día de reserva vitalicio. Estos 60 días solo se pueden usar una vez. Recibirá hasta 190 días de hospitalización en un hospital psiquiátrico en su vida. Los servicios hospitalarios psiquiátricos para pacientes hospitalizados cuentan para el límite de vida de 190 días solo si se 	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficio.</p> <p>Días 1 a 60: 0% de coseguro por cada período de beneficio.</p> <p>Días 61 a 90: copago de 400\$ por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 y más: 800 dólares por cada día de reserva vitalicio después de los 90 para 60 días adicionales de cobertura para pacientes hospitalizados; o hasta 190 días de cobertura psiquiátrica para pacientes hospitalizados.</p> <p>Estos son montos de participación en los costos de 2023 y pueden cambiar para 2024.</p> <p>Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.</p>	<p>Deducible de \$1,600 por cada período de beneficio.</p> <p>Días 1 a 60: 0% de coseguro por cada período de beneficio.</p> <p>Días 61 a 90: copago de 400\$ por día de cada período de beneficios.</p> <p>Días 91 y más: 800 dólares por cada día de reserva vitalicio después de los 90 para 60 días adicionales de cobertura para pacientes hospitalizados; o hasta 190 días de cobertura psiquiátrica para pacientes hospitalizados.</p> <p>Estos son montos de participación en los costos de 2023 y pueden cambiar para 2024.</p> <p>Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.</p>
--	--	--

Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>cumplen ciertas condiciones. Esta limitación no se aplica a los servicios psiquiátricos para pacientes hospitalizados que se prestan en un hospital general.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excepto en caso de emergencia, se requiere autorización previa. <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>		


<p>Estancia hospitalaria: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una estadía hospitalaria no cubierta</p> <p>Si ha agotado sus beneficios de hospitalización o si la estadía como paciente interno 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, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos • Pruebas de diagnóstico (como pruebas de laboratorio) • Radioterapia, radioterapia e isótopos, incluidos materiales y servicios técnicos • También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/provider-directory.pósitos quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones • Prótesis y dispositivos ortopédicos (distintos de los dentales) que sustituyen 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 inoperante o que funciona mal, incluida la sustitución o la reparación de dichos dispositivos • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; armazones y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debido a una rotura, desgaste, pérdida o un cambio en la condición física del paciente 	<p>Cuando su estadía como paciente hospitalizado no esté cubierta, pagará el costo de los servicios asociados con su estadía como paciente interno. Consulte las siguientes categorías de servicios en la tabla para obtener más información sobre lo que podemos cubrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para médicos/profesionales • Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos • DME y suministros relacionados • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación ambulatoria • Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) 	<p>Cuando su estadía como paciente hospitalizado no esté cubierta, pagará el costo de los servicios asociados con su estadía como paciente interno. Consulte las siguientes categorías de servicios en la tabla para obtener más información sobre lo que podemos cubrir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios para médicos/profesionales • Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos • DME y suministros relacionados • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación ambulatoria • Atención en un centro de enfermería especializada (SNF)
--	---	---

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<ul style="list-style-type: none"> Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 		
<p>Comidas*</p> <p>El beneficio se puede utilizar inmediatamente después de la cirugía o la hospitalización del paciente.</p> <p>Los miembros elegibles reciben:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta 2 comidas al día durante un máximo de 14 días. Este beneficio se puede utilizar hasta 4 veces al año. <p>Se requiere autorización previa.</p>	Copago de 0\$	No cubierto
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para personas con diabetes, enfermedad renal (renal) (pero no en diálisis) o después de un trasplante de riñón si las deriva su médico.</p> <p>Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año en que reciba los servicios de terapia nutricional médica de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año a partir de entonces. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, es posible que pueda recibir más horas de tratamiento con la remisión de un médico. Un médico debe recetar estos servicios y renovar su remisión anualmente si su tratamiento es necesario durante el siguiente año calendario.</p>	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.	No hay coseguro, copago ni deducible para los miembros que reúnen los requisitos para los servicios de terapia nutricional médica cubiertos por Medicare.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP)</p> <p>Los servicios del MDPP estarán cubiertos para los beneficiarios de Medicare elegibles en todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El MDPP es una intervención estructurada para cambiar el comportamiento de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos que impiden mantener la pérdida de peso y llevar un estilo de vida saludable.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.</p>

Cuadro de beneficios médicos del capítulo 4 (qué está cubierto y cuánto paga)

<p>Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare</p> <p>Estos medicamentos están cubiertos por la Parte B de Original Medicare. Los miembros de nuestro plan reciben cobertura para estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que, por lo general, el paciente no se administra por sí mismo y que se inyectan o se infunden mientras recibe servicios de un médico, un hospital para pacientes ambulatorios o un centro de cirugía ambulatoria • Insulina suministrada a través de un equipo médico duradero (como una bomba de insulina necesaria desde el punto de vista médico) • Otros medicamentos que toma con equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • Factores de coagulación que usted mismo se administra mediante inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores, si estaba inscrito en la Parte A de Medicare en el momento del trasplante de órgano • Medicamentos inyectables para la osteoporosis, si está confinado en su casa, tiene una fractura ósea que un médico certifica que está relacionada con la osteoporosis posmenopáusica y no puede autoadministrarse el medicamento • Antígenos • Ciertos medicamentos orales contra el cáncer y contra las náuseas • Ciertos fármacos para diálisis domiciliaria, como la heparina, el antídoto para la heparina cuando es médicamente necesario, los anestésicos tópicos y los agentes 	<p>Copago máximo de 35 dólares para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. El costo compartido de un suministro para un mes está limitado a 35 dólares. No se aplican deducibles por categoría de servicio ni por nivel de plan.</p> <p>Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Copago máximo de 35 dólares para los medicamentos de insulina de la Parte B de Medicare. El costo compartido de un suministro para un mes está limitado a 35 dólares. No se aplican deducibles por categoría de servicio ni por nivel de plan.</p> <p>Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>Coseguro del 0% al 20% para otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>
--	--	--

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>estimulantes de la eritropoyesis (como Epogen®, Procrit®, Epoetina Alfa, Aranesp® o Darbepoetina Alfa)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento domiciliario de las enfermedades de inmunodeficiencia primaria 		
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas en nuestro beneficio de medicamentos recetados de la Parte B y la Parte D.</p> <p>En el capítulo 5 se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las normas que debe seguir para que los medicamentos con receta estén cubiertos. Lo que paga por sus medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan se explica en el capítulo 6.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>		
<p> Detección y tratamiento de la obesidad para promover una pérdida de peso sostenida</p> <p>Si tiene un índice de masa corporal de 30 o más, ofrecemos 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 de prevención integral. Hable con su médico o profesional de atención primaria para obtener más información.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la detección y el tratamiento preventivos de la obesidad.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios del programa de tratamiento de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD) pueden recibir una 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 agonistas y antagonistas de los opioides de tratamiento asistido por medicamentos (MAT) aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA). • Dispensación y administración de medicamentos MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el uso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de tratamiento con opioides cubierto por Medicare.</p>

<p>Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radioterapia (radio e isótopos), incluidos materiales y suministros técnicos • Material quirúrgico, como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir las fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre total y de los glóbulos rojos acumulados (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que se necesita. • Otras pruebas diagnósticas ambulatorias <p>Se requiere remisión para los servicios de laboratorio y las radiografías.</p> <p>Se requiere autorización previa para las tomografías por emisión de positrones, los servicios de sangre y la radioterapia.</p>	<p>Radiografías ambulatorias Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare (como el tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p>Suministros médicos Un coseguro del 20% para los suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio Copago de 0\$ para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de sangre Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare (como las tomografías por emisión de positrones).</p>	<p>Radiografías ambulatorias Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare (como el tratamiento de radiación para el cáncer).</p> <p>Suministros médicos Un coseguro del 20% para los suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio Copago de 0\$ para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de sangre Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología diagnóstica Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare (como las tomografías por emisión de positrones).</p>
--	---	---

<p>Observación hospitalaria ambulatoria</p> <p>Los servicios de observación son servicios ambulatorios hospitalarios que se brindan para determinar si es necesario que lo ingresen como paciente hospitalizado o si se le puede dar el alta.</p> <p>Para que los servicios de observación hospitalaria ambulatoria estén cubiertos, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo cuando se proporcionan 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 o solicitar pruebas ambulatorias.</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasas la noche en el hospital, es posible que se te considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de 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 <i>¿Es paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> 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 llaman 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>Un coseguro del 20% para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% para los servicios de observación cubiertos por Medicare.</p>
---	--	--

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
Se requiere autorización previa para los servicios.		

<p>Servicios hospitalarios ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que recibe en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, pero no se limitan a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un servicio de urgencias o en una clínica ambulatoria, como servicios de observación o cirugía ambulatoria • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que se requeriría tratamiento hospitalario sin ella • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos • Ciertos medicamentos y productos biológicos que no puede administrar usted mismo <p>Nota: A menos que el proveedor haya emitido una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos por los servicios hospitalarios ambulatorios. Incluso si pasas la noche en el hospital, es posible que se te considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, debe preguntar al personal del hospital.</p>	<p>Coseguro del 20% para cirugías y servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Consulte estas filas para obtener información adicional sobre los beneficios:</p> <p>Servicios de emergencia <i>Atención de emergencia</i></p> <p>Cirugía ambulatoria <i>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</i></p> <p><i>Observación hospitalaria ambulatoria</i></p> <p>Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos <i>Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos</i></p> <p>Atención de salud mental y hospitalización parcial <i>Atención ambulatoria de salud mental</i></p> <p><i>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</i></p>	<p>Coseguro del 20% para cirugías y servicios hospitalarios ambulatorios.</p> <p>Consulte estas filas para obtener información adicional sobre los beneficios:</p> <p>Servicios de emergencia <i>Atención de emergencia</i></p> <p>Cirugía ambulatoria <i>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</i></p> <p><i>Observación hospitalaria ambulatoria</i></p> <p>Pruebas de laboratorio y diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos <i>Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos</i></p> <p>Atención de salud mental y hospitalización parcial <i>Atención ambulatoria de salud mental</i></p> <p><i>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</i></p>
---	---	---

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios hospitalarios ambulatorios (continuación)</p> <p>También puede encontrar más información en una hoja informativa de Medicare llamada <i>¿Es paciente hospitalizado o ambulatorio? Si tiene Medicare, ¡pregunte!</i> 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 llaman 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 para los servicios.</p>	<p>Medicamentos y productos biológicos que no puedes darte tú mismo</p> <p><i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i></p>	<p>Medicamentos y productos biológicos que no puedes darte tú mismo</p> <p><i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i></p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Atención de salud mental ambulatoria</p> <p>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 especialista en enfermería clínica, un consejero profesional con licencia (LPC), un terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT), un enfermero practicante (NP), un asistente médico (PA) u otro profesional de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por las leyes estatales aplicables.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (que no sea psiquiatra).</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (que no sea psiquiatra).</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (que no sea psiquiatra).</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de la salud mental (que no sea psiquiatra).</p>
<p>Servicios de rehabilitación ambulatoria</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y lenguaje.</p> <p>Los servicios de rehabilitación ambulatoria se brindan en varios entornos ambulatorios, como los departamentos ambulatorios de los hospitales, los consultorios de terapeutas independientes y los centros integrales de rehabilitación ambulatoria (CORF).</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de fisioterapia o logopedia cubierta por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de fisioterapia o logopedia cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios ambulatorios de abuso de sustancias</p> <p>Los beneficios incluyen visitas de terapia individual y grupal para servicios de abuso de sustancias.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía ambulatoria, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros de cirugía ambulatoria</p> <p>Nota: Si lo van a operar en un hospital, debe consultar con su proveedor si será un paciente hospitalizado o ambulatorio. A menos que el proveedor dicte una orden para ingresarlo como paciente hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de los costos compartidos de la cirugía ambulatoria. Incluso si pasas la noche en el hospital, es posible que se te considere un paciente ambulatorio.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio.</p>	<p>Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare en un centro de cirugía ambulatoria.</p> <p>Un coseguro del 20% para los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio.</p>
<p>Subsidio para compras de venta sin receta*</p> <p>Puede usar su mesada para comprar artículos de cuidado de la salud personal y productos de venta libre sin receta, como vitaminas, protector solar, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado y vendajes. Incluye suplementos proteicos para la terapia nutricional. Los saldos de asignación no utilizados no se transfieren al mes siguiente.</p>	<p>Monto máximo de cobertura del plan de 135\$ cada mes para artículos de venta libre. La porción no utilizada no se transfiere al siguiente período. Los fondos están disponibles en una tarjeta de débito emitida por el plan.</p>	<p>No cubierto</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios ambulatorios intensivos</p> <p>La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo que se ofrece como un servicio ambulatorio hospitalario o por un centro de salud mental comunitario, que es más intenso que la atención que se recibe en el consultorio del médico o terapeuta y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El servicio ambulatorio intensivo es un programa estructurado de tratamiento de terapia activa de salud conductual (mental) que se brinda en un departamento ambulatorio de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado por el gobierno federal o una clínica de salud rural que es más intensa que la atención que se recibe en el consultorio del médico o terapeuta, pero menos intensa que la hospitalización parcial.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>20% de coseguro por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por día para los servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare.</p>
<p>Sistema personal de respuesta a emergencias (PERS) *</p> <p>Recibirá un dispositivo PERS móvil con GPS, detección de caídas y enlaces a otros servicios del Plan y monitoreo las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de 0\$ para el beneficio del sistema personal de respuesta a emergencias (PERS).</p>	<p>No cubierto</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o cirugía médicamente necesarios proporcionados 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 parte de un especialista • Exámenes básicos de la audición y del equilibrio realizados por su PCP o un especialista, si el médico los ordena, para determinar si necesita tratamiento médico • Ciertos servicios de telesalud, que incluyen: servicios de atención primaria y servicios de médicos especialistas <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una visita en persona o mediante telesalud. Si elige obtener uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor que ofrezca el servicio mediante telesalud. 	<p>Un coseguro del 20% por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de telesalud.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada visita a un especialista cubierta por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% por cada consulta cubierta por Medicare con otros profesionales de la salud (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).</p> <p>Coseguro del 20% para servicios de telesalud.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de telesalud para visitas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros de diálisis a domicilio en un centro de diálisis renal hospitalario o de acceso crítico, en un centro de diálisis renal o en el hogar del miembro • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar los síntomas de un accidente cerebrovascular, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el 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 en determinadas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por clínicas de salud rurales y centros de salud calificados por el gobierno federal 		


<p>Servicios médicos/profesionales, incluidas las visitas al consultorio del médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none">• Consultas virtuales (por ejemplo, por teléfono o videoconferencia) con el médico durante 5 a 10 minutos si:<ul style="list-style-type: none">○ No eres un paciente nuevo y○ El registro no está relacionado con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ El registro no implica una visita al consultorio en un plazo de 24 horas ni la cita más próxima disponible• Evaluación del vídeo o las imágenes que envíe al médico e interpretación y seguimiento por parte del médico en un plazo de 24 horas si:<ul style="list-style-type: none">○ No eres un paciente nuevo y○ La evaluación no está relacionada con una visita al consultorio en los últimos 7 días y○ La evaluación no lleva a una visita al consultorio dentro de las 24 horas ni a la cita disponible más pronto.• Consulta que su médico tiene con otros médicos por teléfono, Internet o historia clínica electrónica• Segunda opinión de otro proveedor antes de la cirugía• Atención dental no rutinaria (los servicios cubiertos se limitan a la cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, la colocación de fracturas de la mandíbula o los huesos faciales, la extracción de dientes para preparar la mandíbula para los tratamientos de radiación de la enfermedad del cáncer neoplásico o los servicios que estarían cubiertos si los proporcionara un médico)		
--	--	--

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones y enfermedades de los pies (como los dedos en martillo o los espolones del talón) • Cuidado rutinario de los pies para miembros con ciertas afecciones médicas que afectan a las extremidades inferiores <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente, este plan también cubre el cuidado rutinario de los pies*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visitas de rutina ilimitadas todos los años 	<p>Un coseguro del 20% por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por cada visita de rutina para el cuidado de los pies (visitas de rutina ilimitadas cada año).</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita cubierta por Medicare.</p> <p>Coseguro del 20% por cada visita de rutina para el cuidado de los pies (visitas de rutina ilimitadas cada año).</p>
<p>Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliaria a un proveedor para revisar los medicamentos recetados antes de una hospitalización y los que se recetaron mientras estaba hospitalizado en un centro. Se revisarán todos los medicamentos para garantizar que solo esté tomando lo que necesita para mantenerse sano. 	<p>Copago de 0 dólares para los servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.</p>	<p>Copago de 0 dólares para los servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Exámenes de detección del cáncer de próstata</p> <p>Para los 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 la prueba anual de PSA.</p> <p>Copago de 0 dólares para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la prueba anual de PSA.</p> <p>Copago de 0 dólares para un examen rectal digital anual cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos protésicos y suministros relacionados</p> <p>Dispositivos (distintos de los dentales) que sustituyen la totalidad o parte de una parte o función del cuerpo. Estos incluyen, pero no se limitan a: bolsas y suministros para colostomía directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, aparatos ortopédicos, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sujetador quirúrgico después de una mastectomía). Incluye ciertos suministros relacionados con los dispositivos protésicos y la reparación o el reemplazo de los dispositivos protésicos. También incluye alguna cobertura después de la extracción o cirugía de cataratas; consulte <i>Cuidado de la vista</i> más adelante en esta sección para obtener más información.</p> <p>Se requiere autorización previa para prótesis que cuesten más de 500 dólares.</p>	<p>Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% para los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p>Coseguro del 20% para dispositivos protésicos cubiertos por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% para los suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar</p> <p>Los miembros que padecen una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave cuentan con la cobertura de programas integrales de rehabilitación pulmonar y la remisión del médico que trata la enfermedad respiratoria crónica para su rehabilitación pulmonar.</p> <p>Se requiere una referencia para los servicios.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada servicio de rehabilitación pulmonar cubierto por Medicare.</p>
<p>Prevención de la readmisión</p> <p>Los beneficios cubiertos incluyen: una visita domiciliaria 14 días después del alta.</p>	<p>Copago de 0 dólares para el beneficio de prevención de la readmisión.</p>	<p>Copago de 0 dólares para el beneficio de prevención de la readmisión.</p>
<p> Pruebas de detección y asesoramiento para reducir el consumo indebido de alcohol</p> <p>Cubrimos un examen de abuso de alcohol para los adultos con Medicare (incluidas las mujeres embarazadas) que consumen alcohol en forma indebida pero no son dependientes del alcohol.</p> <p>Si tu resultado es positivo en la prueba de abuso de alcohol, puedes acudir a hasta 4 sesiones breves de asesoramiento presencial al año (si eres competente y estás alerta durante el asesoramiento) impartidas por un médico de atención primaria o un profesional cualificado en un entorno de atención primaria.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el consumo indebido de alcohol.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección y el asesoramiento cubiertos por Medicare para reducir el consumo indebido de alcohol.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Detección del cáncer de pulmón con tomografía computarizada de dosis baja (LDCT)</p> <p>Para las personas que reúnan los requisitos, se cubre un LDCT cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años que no presenten signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tengan un historial de consumo de tabaco de al menos 20 cajetillas al año y que actualmente fumen o hayan dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciban un pedido por escrito de LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y una consulta compartida de toma de decisiones 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 del cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba inicial de detección con LDCT:</i> los miembros deben recibir una orden por escrito para la prueba de detección del cáncer de pulmón con LDCT, que se puede entregar durante cualquier visita apropiada con un médico o un profesional no médico calificado. Si un médico o un profesional no médico calificado decide brindar asesoramiento sobre la detección del cáncer de pulmón y compartir una visita de toma de decisiones para las siguientes pruebas de detección del cáncer de pulmón con la LDCT, la visita debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas visitas.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y toma de decisiones compartida cubierta por Medicare ni para la LDCT.</p>


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) y asesoramiento para prevenir las ITS</p> <p>Cubrimos las pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual (ITS) para la clamidia, la gonorrea, la sífilis y la hepatitis B. Estas pruebas están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de contraer una ITS cuando las solicita un proveedor de atención primaria. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones individuales de asesoramiento conductual presencial de alta intensidad de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de contraer ITS. Solo cubriremos estas sesiones de asesoramiento como 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 los beneficios de detección de ITS cubiertos por Medicare y de asesoramiento para su prevención.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios de detección de ITS cubiertos por Medicare y de asesoramiento para su prevención.</p>

<p>Servicios para tratar la enfermedad renal</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal 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 estadio IV remitidos por su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal por vida. • Tratamientos de diálisis ambulatorios (incluidos los tratamientos de diálisis cuando se encuentran fuera temporalmente del área de servicio, como se explica en el capítulo 3, o cuando el proveedor de este servicio no está disponible o es inaccesible temporalmente) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (si lo internan en un hospital para recibir cuidados especiales) • 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 controlar la diálisis en el hogar, ayudar en caso de emergencia y revisar el equipo de diálisis y el 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 los medicamentos de la Parte</p>	<p>Copago de 0 dólares para los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>	<p>Copago de 0 dólares para los servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>Un coseguro del 20% para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>
---	---	---

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
B, visite la sección Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare .		
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (Para obtener una definición de la atención en un centro de enfermería especializada, consulte el capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan SNF).</p> <p>Tiene cobertura durante 100 días por período de beneficio para las estadías en el SNF cubiertas por Medicare. 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, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos que se le administran como parte de su plan de cuidados (esto incluye sustancias que están presentes de forma natural en el 	<p>Días 1 a 20: copago de 0\$ por cada período de beneficios. Días 21 a 100: copago de 200 dólares por día de cada período de beneficios. 101 días y más: todos los costos. No se requiere hospitalización previa al ingreso. Estos son montos de participación en los costos de 2023 y pueden cambiar para 2024. Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.</p>	<p>Días 1 a 20: copago de 0\$ por cada período de beneficios. Días 21 a 100: copago de 200 dólares por día de cada período de beneficios. 101 días y más: todos los costos. No se requiere hospitalización previa al ingreso. Estos son montos de participación en los costos de 2023 y pueden cambiar para 2024. Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>cuerpo, como los factores de coagulación de la sangre)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sangre, incluidos el almacenamiento y la administración. La cobertura de la sangre total y de los glóbulos rojos acumulados (así como de otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que se necesita. • Suministros médicos y quirúrgicos que normalmente proporcionan las SNF • Pruebas de laboratorio que normalmente proporcionan los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que normalmente prestan los SNF 	<p>Los copagos de los beneficios de los centros de enfermería especializada (SNF) se basan en los períodos de beneficios de Medicare. El período de beneficios comienza el día en que ingresa como paciente hospitalizado y finaliza cuando se le da el alta del SNF.</p> <p>Si va a un hospital o a un SNF después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Para cada estancia de SNF, debe pagar los costos compartidos aplicables, comenzando el primer día cada vez que ingrese. No hay límites en cuanto al número de períodos de prestación.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Atención en un centro de enfermería especializada (SNF) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que normalmente suministran las SNF • Servicios de médicos/profesionales <p>Por lo general, recibirá su atención de SNF en los centros de la red. Sin embargo, bajo ciertas condiciones que se detallan a continuación, es posible que pueda pagar los costos compartidos dentro de la red para un centro que no sea un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago de nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilados de cuidados continuos donde vivía justo antes de ir al hospital (siempre que brinde atención en un centro de enfermería especializada) • Un SNF en el que vive su cónyuge o pareja de hecho al momento de salir del hospital <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>		

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p> Fumar y dejar de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco)</p> <p><u>Si consume tabaco, pero no tiene signos o síntomas de una enfermedad relacionada con el tabaco:</u> Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses como servicio preventivo sin costo alguno para usted. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p> <p><u>Si consume tabaco y le han diagnosticado una enfermedad relacionada con el tabaco o está tomando medicamentos que pueden estar afectados por el tabaco:</u> Cubrimos los servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos de asesoramiento para dejar de fumar en un período de 12 meses; sin embargo, usted pagará los costos compartidos aplicables. Cada intento de asesoramiento incluye hasta cuatro visitas presenciales.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


<p>Beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos: No todos calificarán.</p> <p>Estos beneficios son para los miembros que tienen trastornos cardiovasculares, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca crónica, diabetes, enfermedad renal terminal (ESRD), dependencia crónica del alcohol y otras drogas, trastornos autoinmunes, cáncer, demencia, enfermedad hepática terminal, trastornos hematológicos graves, VIH/SIDA, trastornos pulmonares crónicos, afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes, trastornos neurológicos y accidentes cerebrovasculares.</p> <p>Se revisará a todos los miembros del plan para determinar si reúnen los requisitos y si están aprobados para recibir los beneficios suplementarios para los enfermos crónicos. El administrador de casos del miembro determinará si el trastorno o afección crónica del miembro cumple con los criterios y está aprobado para recibir los beneficios suplementarios especiales para los enfermos crónicos.</p> <p>Se evaluará al miembro para determinar si:</p> <ul style="list-style-type: none">a) tener una o más comorbilidades y una afección médicamente compleja que pone en peligro la vida o limita significativamente la función de salud general del afiliadob) tiene un alto riesgo de hospitalización u otros resultados de salud adversos; yc) requiere la coordinación de cuidados intensivos. <p>Una revisión del historial de utilización del hospital del miembro o de los resultados de salud adversos y requiere la coordinación de los cuidados intensivos y el miembro debe participar en los</p>	<p>Este es un beneficio de la red que se puede usar con la tarjeta del plan en las ubicaciones aprobadas por el proveedor.</p> <p>Copago de 0 dólares; una asignación mensual de 75 dólares que se utilizará para la compra de alimentos saludables en los comercios participantes del plan. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente.</p>	<p>No cubierto</p>
---	--	--------------------

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
programas de administración de la atención del plan.		
Prestaciones suplementarias especiales para los enfermos crónicos (continuación) Los beneficios incluyen: Se ofrecen beneficios complementarios para abordar los determinantes sociales básicos de la atención, que incluyen el acceso a alimentos saludables. Se requiere autorización previa.		


Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Terapia de ejercicio supervisada (SET)</p> <p>El SET está cubierto para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica (PAD) sintomática.</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, que comprenden un programa de entrenamiento con ejercicios terapéuticos para la EAP en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un hospital, en un entorno ambulatorio o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y que esté capacitado en la terapia con ejercicios para la EAP • Estar bajo la supervisión directa de un médico, un asistente médico o un enfermero practicante o especialista en enfermería clínica que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital básicas y avanzadas <p>La SET puede cubrirse más allá de 36 sesiones durante 12 semanas durante 36 sesiones adicionales durante un período prolongado si un proveedor de atención médica lo considera necesario desde el punto de vista médico.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita al SET cubierta por Medicare.</p>	<p>Un coseguro del 20% por cada visita al SET cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios de telemonitorio*</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 la diabetes (incluido el MCG) que no están cubiertos por Medicare y que se pueden usar con fines terapéuticos y no terapéuticos, y • Básculas de peso para la insuficiencia cardíaca congestiva y el control de la obesidad/peso. <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Copago de 0\$ para servicios de telemonitorización.</p>	<p>No cubierto</p>
<p>Transporte (rutinario) *</p> <p>El beneficio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • viajes ilimitados de ida a lugares relacionados con la salud (50 millas como máximo por trayecto) utilizando transporte médico, furgoneta y servicios de transporte compartido 	<p>Copago de 0\$ para viajes ilimitados de ida a centros relacionados con la salud (50 millas como máximo por trayecto).</p>	<p>No cubierto</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Servicios que se necesitan con urgencia</p> <p>Los servicios que se necesitan con urgencia se proporcionan 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 los proveedores de la red. Si, dadas sus circunstancias, no es razonable obtener la atención médica de inmediato de un proveedor de la red, su plan cubrirá los servicios que necesite con urgencia un proveedor fuera de la red. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser necesarios desde el punto de vista médico. Algunos ejemplos de servicios que se necesitan con urgencia y que el plan debe cubrir fuera de la red son los siguientes: Se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan y necesita los servicios inmediatos que necesita desde el punto de vista médico debido a una afección imprevista, pero no se trata de una emergencia médica; o no es razonable, dadas sus circunstancias, obtener atención médica de inmediato de un proveedor de la red. La participación en los costos de los servicios necesarios y urgentes que se prestan fuera de la red es la misma que la de los servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la sección de <i>servicios de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo</i> para obtener más información.</p>	<p>Copago de 55 dólares por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>Copago de 55 dólares por cada visita cubierta por Medicare.</p>

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Cuidado de la vista Los servicios cubiertos incluyen: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos ambulatorios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y lesiones oculares, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre los exámenes oculares de rutina (refracciones oculares) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas con alto riesgo de padecer glaucoma, cubriremos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de padecer 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, las pruebas de detección de la retinopatía diabética están cubiertas 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 distintas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar dos anteojos después de la segunda cirugía). 	Atención oftalmológica cubierta por Medicare Copago de 0\$ por cada examen ocular para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de 0 dólares para una prueba anual de glaucoma. Copago de 0 dólares por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.	Atención oftalmológica cubierta por Medicare Copago de 0\$ por cada examen ocular para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de 0 dólares para una prueba anual de glaucoma. Copago de 0 dólares por un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
<p>Cuidado de la vista (continuación) Cuidado de la vista de rutina*</p> <ul style="list-style-type: none"> Exámenes oculares de rutina (exámenes de la vista de rutina ilimitados todos los años) 	<p>Copago de 0\$ por cada visita de examen ocular de rutina (exámenes de la vista de rutina ilimitados todos los años).</p>	<p>Copago de 0\$ por cada visita de examen ocular de rutina (exámenes de la vista de rutina ilimitados todos los años).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Anteojos (anteojos ilimitados cada año) Lentes para anteojos (lentes para anteojos ilimitados cada año) Monturas de anteojos (monturas ilimitadas cada año) Lentes de contacto (lentes de contacto ilimitadas cada año) Actualizaciones 	<p>Beneficio flexible combinado:</p> <p>Monto máximo combinado de cobertura del plan de 1000\$ cada 3 meses para todos los anteojos que no estén cubiertos por Medicare. Esta cantidad se combina con los exámenes de la vista de rutina y se puede usar para otros beneficios flexibles combinados.</p> <p>Usted es responsable de todos los costos que excedan el monto del beneficio combinado en el caso de los anteojos de rutina y otros servicios de beneficios flexibles.</p>	

Servicios que están cubiertos para usted	Lo que debe pagar al recibir estos servicios	
	Dentro de la red	Punto de servicio (POS)
 Bienvenido a la visita preventiva de Medicare El plan cubre la visita preventiva única de <i>Bienvenida a Medicare</i> . La visita incluye una revisión de su salud, así como educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes y vacunas), y derivaciones para otros cuidados si los necesita. Importante: Cubrimos la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> solo durante los primeros 12 meses en que tenga la Parte B. Cuando programe su cita, dígame al consultorio de su médico que desea programar su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> .	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenido a Medicare</i> . <i>Copago de 0\$ para un electrocardiograma después de la visita de Bienvenida a Medicare cubierta por Medicare.</i>	No hay coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de Bienvenido a Medicare. <i>Copago de 0\$ para un electrocardiograma después de la visita de Bienvenida a Medicare cubierta por Medicare.</i>
Servicios de atención de urgencias y urgencias en todo el mundo* Tiene cobertura para los servicios de atención de emergencia y urgencia y el transporte de emergencia en todo el mundo cuando tenga una emergencia o necesite atención urgente fuera de los EE. UU. y sus territorios. Debe pagar los costos por adelantado y enviar sus recibos para el reembolso de los costos relevantes.	Copago de 120 USD por cada visita de atención de emergencia en todo el mundo. Copago de 120 USD por cada visita de atención de urgencia en todo el mundo. Copago de 120 USD por cada servicio de transporte de emergencia/urgente en todo el mundo. Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de 75 000 USD cada año para el beneficio mundial.	

SECCIÓN 3 ¿Qué servicios no cubre el plan?

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

Esta sección le indica 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 que están cubiertos solo bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), debe pagarlos usted mismo, excepto en las condiciones específicas que se detallan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en un centro de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y, tras la apelación, se decide 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 hayamos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No está cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Cirugía o procedimientos estéticos		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto en caso de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo malformado. • Cubierto para todas las etapas de la reconstrucción de una mama después de una mastectomía, así como para que la mama no afectada produzca una apariencia simétrica.
<p>Cuidado de custodia.</p> <p>La atención de custodia es la atención personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, como la atención que lo ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse o vestirse.</p>	No está cubierto bajo ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No está cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales.</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que Original Medicare determina que no son generalmente aceptados por la comunidad médica.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Puede estar cubierto por Original Medicare en virtud de un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. <p>(Consulte el capítulo 3, sección 5 para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica).</p>
<p>Tarifas cobradas por la atención de sus familiares inmediatos o miembros de su familia.</p>	No está cubierto bajo ninguna condición	
<p>Cuidados de enfermería a tiempo completo en su hogar.</p>	No está cubierto bajo ninguna condición	
<p>Los servicios de ama de casa incluyen asistencia doméstica básica, que incluye tareas domésticas ligeras o preparación de comidas ligeras.</p>	No está cubierto bajo ninguna condición	
<p>Servicios de naturópata (utiliza tratamientos naturales o alternativos).</p>	No está cubierto bajo ninguna condición	
<p>Calzado ortopédico o dispositivos de apoyo para los pies</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para las piernas y están incluidos en el costo del corsé. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con enfermedad del pie diabético.
<p>Objetos personales en la habitación de un hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o un televisor.</p>	No está cubierto bajo ninguna condición	

Servicios no cubiertos por Medicare	No está cubierto bajo ninguna condición	Cubierto solo en condiciones específicas
Habitación privada en un hospital.		<ul style="list-style-type: none"> • Cubierto solo cuando es médicamente necesario.
Reversión de los procedimientos de esterilización o de los suministros anticonceptivos sin receta.	No está cubierto bajo ninguna condición	
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otras ayudas para la baja visión.	No está cubierto bajo ninguna condición	
Los servicios no se consideran razonables ni necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No está cubierto bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

*Uso de la cobertura del plan para los
medicamentos con receta de la Parte
D*

SECCIÓN 1 Introducción

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

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

Por lo general, el plan cubrirá sus medicamentos siempre y cuando siga estas reglas básicas:

- Debe pedirle a un proveedor (un médico, dentista u otro profesional que le recete recetas) que le recete una receta que debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su médico no debe figurar en las listas de exclusión o exclusión de Medicare.
- Por lo general, debe acudir a una farmacia de la red para surtir sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2, *Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan*).
- Su medicamento debe figurar en la *Lista de medicamentos cubiertos (formulario)* del plan (la denominamos «Lista de medicamentos» de forma abreviada). (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 el uso del medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias. (Consulte la sección 3 para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada).

SECCIÓN 2 Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedidos por correo del plan

Sección 2.1 Use una farmacia de la red
--

En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los surten en las farmacias de la red del plan. (Consulte la Sección 2.5 para obtener información sobre cuándo cubriríamos los medicamentos con receta que se venden en farmacias fuera de la red).

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle los medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos se refiere a todos los medicamentos con receta de la Parte D que figuran en la «Lista de medicamentos» del plan.

Sección 2.2	Farmacias de la red
--------------------	----------------------------

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

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de farmacias*, visite nuestro sitio web (www.goldkidney.com/provider-directory) o llame a Servicios para Miembros.

Puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

¿Qué sucede si la farmacia que ha estado usando deja de ser parte de la red?

Si la farmacia que ha estado usando deja de formar parte de la red del plan, tendrá que buscar una farmacia nueva que esté en la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda en el Departamento de Servicios para Miembros o usar el *Directorio de farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/provider-directory.

¿Qué pasa si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para la terapia de infusión domiciliaria.
- Farmacias que suministran medicamentos a los residentes de un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a sus beneficios de la Parte D en un centro de LTC, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios al Programa de Salud para Indígenas, Tribales o Urbanos (no disponibles 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 restringidos por la FDA a ciertos lugares o que requieren una manipulación especial, la coordinación del proveedor o información sobre su uso. (**Nota:** Este escenario debería ocurrir en raras ocasiones.)

Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *directorio de farmacias* o llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.3 Uso del servicio de pedidos por correo del plan**

Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar el servicio de pedidos por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos que se venden por correo son medicamentos que se toman con regularidad para tratar una afección médica crónica o prolongada.

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

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo surtir sus medicamentos con receta por correo, comuníquese con Servicios para Miembros al número gratuito 1-844-294-6535 (TTY 711).

Por lo general, se le entregará un pedido de farmacia por correo en no más de 10 días. Si se retrasa, llame a Servicios para Miembros de la Parte D al 1-888-672-7206.

Medicamentos nuevos que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico.

Una vez que la farmacia reciba una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para ver si desea que le surtan el medicamento inmediatamente o más adelante. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarles si deben enviar, retrasar o suspender la nueva receta.

Recarga los medicamentos con receta que se venden por correo. Para repostar sus medicamentos, tiene la opción de inscribirse en un programa de reabastecimiento automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima reposición automáticamente cuando nuestros registros muestren que está a punto de quedarse sin medicamento. La farmacia se pondrá en contacto con usted antes de enviar cada reposición para asegurarse de que necesite más medicamento, y usted puede cancelar las reposiciones programadas si tiene suficiente medicamento o si su medicamento ha cambiado.

Si decide no usar nuestro programa de reabastecimiento automático pero aun así quiere que la farmacia de pedidos por correo le envíe su receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su receta actual. Esto garantizará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente los reabastecimientos por correo, comuníquese con nosotros llamando a Servicios para Miembros al número gratuito 1-844-294-6535 (TTY 711).

Si recibe una recarga automática por correo que no desea, es posible que reúna los requisitos para recibir un reembolso.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.4 ¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?**

El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento incluidos en la «Lista de medicamentos» de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que se toman de forma regular para tratar una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. Su *directorio de farmacias* le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle 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 forma parte de la red del plan?**Es posible que su receta esté cubierta en determinadas situaciones.**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* cuando no pueda utilizar una farmacia de la red. Para ayudarlo, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio donde puede surtir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con el Departamento de Servicios para Miembros** si hay una farmacia de la red cercana. Lo más probable es que tenga que pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en una farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia de la red.

Estas son las circunstancias en las que cubriríamos los medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red:

El plan cubrirá los medicamentos recetados fuera de la red para viajes prolongados fuera del área o para situaciones urgentes o de emergencia.

¿Cómo se solicita el reembolso del plan?

Si tiene que ir a una farmacia fuera de la red, por lo general tendrá que pagar el costo total (en lugar de su participación en los costos normales) al momento de surtir su receta. Puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte del coste. (En el capítulo 7, sección 2, se explica cómo solicitar al plan que le devuelva el dinero).

SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la «Lista de medicamentos» del plan

La sección	3.1 La «Lista de medicamentos» indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos
-------------------	---

El plan tiene una *lista de medicamentos cubiertos (formulario)*. En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos «Lista de medicamentos» de forma abreviada.**

El plan selecciona los medicamentos de esta lista 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 que figuran en la «Lista de medicamentos» son solo los cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubriremos un medicamento de la «Lista de medicamentos» del plan siempre que cumpla con las demás reglas de cobertura que se explican en este capítulo y el uso del medicamento sea una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento que *sea*:

- Aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el diagnóstico o la afección para la que se receta.
- -- o -- Con el respaldo de ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Formularios de los Hospitales de los Estados Unidos 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 con un nombre comercial propiedad del fabricante del medicamento. Los medicamentos de marca que son más complejos que los medicamentos típicos (por ejemplo, los medicamentos que se basan en una proteína) se denominan productos biológicos. En la «Lista de medicamentos», cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento 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. Por lo general, los medicamentos genéricos y biosimilares funcionan igual de bien que el medicamento de marca o el producto biológico y, por lo general, cuestan menos. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos.

¿Qué *no* está en la «Lista de medicamentos»?

El plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos (para obtener más información 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 esté en la «Lista de medicamentos». Para obtener más información, consulte el capítulo 9.

Sección 3.2	Hay 6 niveles de participación en los costos de los medicamentos en la «Lista de medicamentos»
--------------------	---

Todos los medicamentos de la «Lista de medicamentos» del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos que están disponibles en el nivel de costo compartido más bajo del 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 de nivel 1
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo menor para los miembros que los medicamentos de nivel 4
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo mayor para los miembros que los medicamentos de nivel 3
- Nivel 5 — Nivel de especialidad: Incluye un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos los inyectables, las infusiones y los anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos genéricos o de marca son los más caros del formulario. El costo compartido de estos medicamentos será mayor que el de los medicamentos de nivel 4.
- Nivel 6: medicamentos para diabéticos seleccionados: Medicamentos genéricos o de marca utilizados para tratar la diabetes

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la «Lista de medicamentos» del plan.

El monto que paga por los medicamentos en cada nivel de costos compartidos se muestra en el capítulo 6 (Lo que paga por sus medicamentos recetados de la Parte D).

Sección 3.3	¿Cómo puede saber si un medicamento específico está en la «Lista de medicamentos»?
--------------------	---

Tienes 4 formas de averiguarlo:

1. Consulte la «Lista de medicamentos» más reciente que le proporcionamos electrónicamente.
2. Visite el sitio web del plan (www.goldkidney.com/pharmacy-formulary). La «Lista de medicamentos» del sitio web es siempre la más actualizada.
3. Llame a Servicios para Miembros para averiguar si un medicamento en particular figura en la «Lista de medicamentos» del plan o para solicitar una copia de la lista.
4. Use la «Herramienta de beneficios en tiempo real» del plan (<https://goldkidney.com/pharmacy-formulary/#elementor-action%3Aaction%3Dpopup%3Aopen%26settings%3DeyJpZCI6IjIzMjI5IiwidG9nZ2x1IjpmYWxzZX0%3D> o llame a Servicios para Miembros). Con esta herramienta, puede buscar medicamentos en la «Lista de medicamentos» para ver una estimación de lo que pagará y si hay medicamentos alternativos en la «Lista de medicamentos» que podrían tratar la misma afección.

SECCIÓN 4 **Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos**

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

Para ciertos medicamentos con receta, hay reglas especiales que 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 eficaz. Para saber si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que toma o quiere 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 concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y es posible que se apliquen diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; uno al día frente a dos al día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Qué tipos de restricciones?

En las siguientes secciones, encontrará más información sobre los tipos de restricciones que utilizamos para determinados medicamentos.

Si existe una restricción para su medicamento, generalmente significa que usted o su proveedor deberán 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 la cobertura del medicamento. Si quieres que te eximamos de la restricción, tendrás que utilizar el proceso de decisión de cobertura y pedirnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no eximirle de la restricción. (Véase el capítulo 9)

Restringir los medicamentos de marca cuando hay una versión genérica disponible

Por lo general, un medicamento **genérico** funciona igual que un medicamento de marca y, por lo general, cuesta menos. **En la mayoría de los casos, cuando esté 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 dicho el motivo médico por el que el medicamento genérico no le funciona, o ha escrito «No se pueden sustituir» en su receta un medicamento de marca, o nos ha dicho el motivo médico por el que ni el medicamento genérico ni otros medicamentos cubiertos que tratan la misma afección son adecuados 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 en su nombre. Esto se denomina **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 su medicamento no esté cubierto por el plan.

Probar primero un medicamento diferente

Este requisito lo alienta a probar medicamentos menos costosos, pero por lo general igual de eficaces, antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección médica, es posible que el plan le pida que pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, 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 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 manera en que le gustaría que estuviera cubierto?

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

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

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O tal vez se cubra una versión genérica del medicamento, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero hay reglas o restricciones adicionales en la cobertura de ese medicamento, como se explica en la Sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costos compartidos que hace que su costo compartido sea más caro de lo que usted cree que debería ser.
- Hay cosas que puede hacer si su medicamento no está cubierto de la manera en que le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la «Lista de medicamentos» o si su medicamento está restringido, consulte la Sección 5.2 para obtener información sobre lo que puede hacer.
- Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que lo encarece más de lo que cree que debería ser, consulte la Sección 5.3 para obtener información sobre lo que puede hacer.

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

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

- Es posible que pueda obtener un suministro temporal del medicamento.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Puede cambiarse a otro medicamento.
- Puede solicitar una excepción y solicitar al plan que cubra el medicamento o elimine las restricciones del medicamento.

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, el plan debe proporcionarle un suministro temporal de un medicamento que ya esté tomando. Este suministro temporal le da tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio en la cobertura y decidir qué hacer.

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos el suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta se expide para menos días, permitiremos surtir varios surtidores para proporcionar un máximo de 30 días de medicamento. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de cuidados a largo plazo puede suministrar el medicamento en cantidades más pequeñas a la vez para evitar que se desperdicie).

- **Para aquellos miembros que llevan más de 90 días en el plan y residen en un centro de cuidados a largo plazo y necesitan 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 mencionado anteriormente.

- **Para aquellos miembros con un cambio de nivel de atención, proporcionamos un suministro de emergencia de la siguiente manera:**
 - Los miembros actuales que necesiten surtirlos de emergencia por única vez o a los que se les recete un medicamento que no esté incluido en el formulario como resultado de un cambio en el nivel de atención pueden pasar a una fase de transición mediante un código de aclaración presentado por el NCPDP en una farmacia. Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) ha autorizado a su administrador de beneficios de farmacia a procesar una sola vez en esta situación mediante una anulación manual en el punto de venta de la farmacia.
 - Cuando se reciba una nueva transacción de reclamación de la farmacia para la admisión o readmisión de un paciente en un centro de cuidados a largo plazo, nuestro sistema de reclamaciones reconocerá al miembro actual como elegible

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

para recibir suministros de transición y aplicará la aprobación del punto de venta. En este caso, no es necesario anular el punto de venta de una farmacia.

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

Durante el tiempo en que utilice un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote el 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 pueda funcionar igual de bien para usted. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la manera que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos que justifican solicitarnos una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitar una excepción. Por ejemplo, puede solicitar al plan que cubra un medicamento aunque no esté en la «Lista de medicamentos» del plan. O puede solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si es un afiliado actual y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o se restringirá de alguna manera para el próximo año, le informaremos a través de nuestro formulario en línea sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del año que viene y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración justificativa de su médico). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigor.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, la sección 6.4 del Capítulo 9 le indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera rápida y justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento se encuentra en un nivel de participación en los costos que considera demasiado alto?
--------------------	---

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiarse a otro medicamento

Si su medicamento se encuentra en un nivel de costos compartidos que considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que haya un medicamento diferente en un nivel de costos compartidos más bajo que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de los medicamentos cubiertos que tratan la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que podría ser adecuado para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción en el nivel de costos compartidos del medicamento para que usted pague menos por él. Si su proveedor dice que tiene motivos médicos 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, en el Capítulo 9, Sección 6.4 se indica qué hacer. Explica los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para garantizar que su solicitud se tramite de manera rápida y justa.

Los medicamentos de nuestros niveles 5 y 6 no son aptos para este tipo de excepción. No reducimos el monto de los costos compartidos de los medicamentos en estos niveles.

SECCIÓN 6

¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?

Sección 6.1	La «Lista de medicamentos» puede cambiar durante el año
--------------------	--

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos se producen al principio de cada año (1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede hacer algunos cambios en la «Lista de medicamentos». Por ejemplo, el plan podría:

- **Agregue o elimine medicamentos de la «Lista de medicamentos».**
- **Traslade un medicamento a un nivel de costos compartidos más alto o más bajo.**
- **Añadir o eliminar una restricción a la cobertura de un medicamento.**

- **Sustituya un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**

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 de forma periódica. A continuación, indicamos las ocasiones en las que recibirá una notificación directa si se realizan cambios en un medicamento que esté tomando.

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

- **Un nuevo medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca de la «Lista de medicamentos» (o cambiamos el nivel de participación en los costos o agregamos nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas)**
 - Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra «Lista de medicamentos» si lo sustituimos por una versión genérica recientemente aprobada del mismo medicamento. El medicamento genérico aparecerá en el mismo nivel o en un nivel inferior de participación en los costos y con las mismas o menos restricciones. Es posible que decidamos mantener el medicamento de marca en nuestra «Lista de medicamentos», pero pasarlo inmediatamente a un nivel más alto de participación en los costos o agregar nuevas restricciones o ambas cosas cuando se agregue el nuevo genérico.
 - Es posible que no se lo digamos por adelantado antes de hacer ese cambio, incluso si actualmente está tomando el medicamento de marca. Si está tomando el medicamento de marca en el momento en que realicemos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos. También incluirá información sobre las medidas que puede tomar para solicitar una excepción que cubra el medicamento de marca. Es posible que no reciba este aviso antes de que realicemos el cambio.
 - Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.
- **Medicamentos peligrosos 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 ocurre, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

la «Lista de medicamentos». Si está tomando ese medicamento, se lo diremos de inmediato.

- Su médico también conocerá este cambio y podrá trabajar con usted para encontrar otro medicamento para su afección.
- **Otros cambios en los medicamentos de la «Lista de medicamentos»**
 - Es posible que realicemos otros cambios una vez que comience el año que afecten a 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 de la «Lista de medicamentos», cambiar el nivel de participación en los costos o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca, o ambas cosas. También es posible que realicemos cambios en función de las advertencias incluidas en los recuadros de la FDA o de las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
 - Para estos cambios, debemos avisarle del cambio con al menos 30 días de anticipación o avisarle del cambio y volver a surtir el medicamento que esté tomando con 30 días en una farmacia de la red.
 - Después de recibir la notificación del cambio, debe trabajar con su médico para cambiar a un medicamento diferente que cubramos o para cumplir con cualquier nueva restricción sobre el medicamento que está tomando.
 - Usted o su médico pueden pedirnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento por usted. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción, consulte el capítulo 9.

Cambios en la «Lista de medicamentos» que no le afecten durante este año del plan

Es posible que realicemos 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 realice el cambio; sin embargo, es probable que estos cambios lo afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en el mismo plan.

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

- Trasladamos su medicamento a un nivel más alto de costos compartidos.
- Hemos impuesto una nueva restricción al uso de su medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la «Lista de medicamentos».

Si alguno de estos cambios se produce en un medicamento que esté tomando (excepto si se retira del mercado, si un medicamento genérico reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), el cambio no afectará a su consumo ni a lo que pague como

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente. Hasta esa fecha, es probable que no vea ningún aumento en sus pagos ni ninguna restricción adicional al uso del medicamento.

No le informaremos sobre este tipo de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la «Lista de medicamentos» del 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 afecte durante el próximo año del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Esta sección le indica qué tipos de medicamentos con receta están excluidos. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si obtiene medicamentos que están excluidos, debe pagarlos usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido en virtud de la Parte D, lo pagaremos o cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

Estas son tres reglas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubren en virtud de 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.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Por lo general, nuestro plan no puede cubrir el uso no autorizado. El uso **no indicado en la etiqueta** es cualquier uso del medicamento distinto de los indicados en la etiqueta del medicamento según lo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos.
 - La cobertura del uso no indicado en la etiqueta solo está permitida cuando el uso está respaldado por ciertas referencias, como la información sobre medicamentos del Servicio de Formularios de los Hospitales de los Estados Unidos y el Sistema de Información DRUGDEX.

Además, por ley, los planes de medicamentos de Medicare no cubren las siguientes categorías de medicamentos:

- Medicamentos sin receta (también llamados medicamentos de venta libre)
- Medicamentos utilizados para promover la fertilidad
- Medicamentos utilizados para aliviar los síntomas de la tos o el resfriado

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

- Medicamentos utilizados con fines cosméticos o para promover el crecimiento del cabello
- Vitaminas y productos minerales de venta con receta, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida o el aumento de peso
- Medicamentos ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que las pruebas o los servicios de monitoreo asociados se compren exclusivamente al fabricante como condición de venta

Si recibe «Ayuda adicional» para pagar sus medicamentos con receta, el programa «Ayuda adicional» no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Sin embargo, si tiene cobertura de medicamentos a través de Medicaid, el programa de Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa de Medicaid de su estado para 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 Cómo llenar una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta, proporcione la información de membresía del plan, que se encuentra 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 sus medicamentos. Deberá pagar a la farmacia *su* parte del costo cuando recoja su receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no llevas contigo la información de tu membresía?

Si no tiene consigo la información de membresía del plan cuando surte los medicamentos con receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o pueden pedirle a la farmacia que busque la información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, es **posible que tenga que pagar el costo total de la receta al recogerla**. (A continuación, puede **pedirnos que le reembolsemos** nuestra parte. Consulte el capítulo 7, sección 2, para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.)

SECCIÓN 9 Parte D: cobertura de medicamentos en situaciones especiales

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

Si lo ingresan en un hospital o en un centro de enfermería especializada durante una estadía cubierta por el plan, generalmente cubriremos el costo de sus medicamentos con receta durante su estadía. Una vez que abandone el hospital o el centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando dichos medicamentos cumplan con todas nuestras normas de cobertura descritas en este capítulo.

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

Por lo general, un centro de cuidados a largo plazo (LTC) (como un asilo de ancianos) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos a todos sus residentes. Si reside en un centro de cuidados de larga duración, puede obtener sus medicamentos con receta en la farmacia del centro o en la que este utilice, siempre y cuando forme parte de nuestra red.

Consulte su *directorio de farmacias* para averiguar si la farmacia de su centro de cuidados a largo plazo o la que utiliza forma 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 forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias de LTC.

¿Qué sucede si reside en un centro de cuidados a largo plazo (LTC) y necesita un medicamento que no figura 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 está recibiendo cobertura de medicamentos de un empleador o de un plan grupal para jubilados?

Si actualmente tiene otra cobertura de medicamentos recetados a través de su empleador (o el de su cónyuge o pareja de hecho) 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 con receta con nuestro plan.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable

Cada año, su empleador o grupo de jubilados debe enviarle un aviso en el que se indique si su cobertura de medicamentos con receta para el próximo año calendario es válida.

Si la cobertura del plan grupal es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare.

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

Sección 9.4	¿Qué sucede si se encuentra en un centro de cuidados paliativos 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 (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que su hospicio no cubre porque no están relacionados con su enfermedad terminal y afecciones relacionadas, nuestro plan debe recibir una notificación del médico o del proveedor de cuidados paliativos de que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pídale a su proveedor de cuidados paliativos o a la persona que le recete la receta que le notifique antes de surtir su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre seguridad de los medicamentos y manejo de los medicamentos

Sección 10.1	Programas para ayudar a los miembros a consumir drogas de manera segura
---------------------	--

Realizamos revisiones del consumo de drogas de nuestros miembros para asegurarnos de que reciben una atención segura y adecuada.

Revisamos cada vez que surta una receta. También revisamos nuestros registros de forma regular. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, tales 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 contienen ingredientes a los que usted es alérgico
- Posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que está tomando
- Cantidades inseguras de analgésicos opioides

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

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 denomina Programa de Administración de Medicamentos (DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de varios médicos o farmacias, o si ha tenido una sobredosis reciente de opioides, es posible que hablemos con sus médicos para asegurarnos de que el uso de los medicamentos opioides es adecuado y necesario desde el punto de vista médico. En colaboración con sus médicos, si decidimos que su uso de opioides o benzodiacepinas con receta puede no ser seguro,

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

podemos limitar la forma en que puede obtener esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestra DMP, las limitaciones pueden ser:

- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas en una (s) farmacia (s) determinada (s)
- Exigirle que obtenga todas sus recetas de opioides o benzodiazepinas de un médico determinado
- Limitar la cantidad de opioides o benzodiazepinas que cubriremos por ti

Si planeamos limitar la forma en que puede obtener estos medicamentos o la cantidad que puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. La carta le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si solo tendrá que obtener las recetas de estos medicamentos en un médico o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de decirnos qué médicos o farmacias prefiere utilizar y cualquier otra información que considere importante que conozcamos. Una vez que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar la cobertura de estos medicamentos, le enviaremos otra carta confirmando la limitación. Si cree que cometimos un error o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación, usted y su médico tienen derecho a apelar. Si apela, revisaremos su caso y le daremos una nueva decisión. Si seguimos denegando 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 ajeno a nuestro plan. Consulte el capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No ingresará en nuestro DMP si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor activo relacionado con el cáncer o la anemia drepanocítica, si recibe cuidados paliativos, paliativos o al final de la vida, o si vive en un centro de cuidados a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de administración de la terapia con 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 denomina programa de administración de la terapia con medicamentos (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros a fin de asegurarnos de que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Es posible que algunos miembros que toman medicamentos para diferentes afecciones médicas y tienen costos de medicamentos altos o que están en un DMP para ayudar a los miembros a usar sus opioides de manera segura, puedan obtener servicios a través de un programa de MTM. Si reúne los requisitos para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva 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. Recibirás un resumen escrito con una lista de tareas recomendadas

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para los medicamentos con receta de la Parte D

que incluye las medidas que debes tomar para obtener los mejores resultados con tus medicamentos. También recibirá 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 los medicamentos recetados que son sustancias controladas.

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

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en el programa y le enviaremos información. Si decide no participar, notifíquenos y lo retiraremos. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

*Lo que paga por sus medicamentos
con receta de la Parte D*

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

¿Está recibiendo actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si participa en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, es **posible** que **parte de la información de esta *Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D* no se aplique en su caso**. Le enviamos un prospecto por separado, llamado *cláusula de evidencia de cobertura para personas que reciben «ayuda adicional» para pagar medicamentos con receta* (también conocida como cláusula de subsidio por bajos ingresos o cláusula LIS), en el que se le informa sobre su cobertura de medicamentos. Si no tiene este prospecto, llame a Servicios para Miembros y pregunte por el LIS Rider.

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar las cosas, utilizamos «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 de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para entender la información de pago, necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus medicamentos con receta y qué reglas debe seguir cuando adquiere los medicamentos cubiertos. En las secciones 1 a 4 del capítulo 5 se explican estas reglas. Cuando utiliza la «Herramienta de beneficios en tiempo real» del plan para buscar la cobertura de medicamentos (consulte el capítulo 5, sección 3.3), el costo que se muestra se proporciona en «tiempo real», lo que significa que el costo que ve en la herramienta refleja un momento en el tiempo para proporcionar una estimación de los gastos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener la información proporcionada por la «Herramienta de beneficios en tiempo real» llamando a Servicios para Miembros.

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

Existen diferentes tipos de gastos de bolsillo para los medicamentos de la Parte D. El monto que usted paga por un medicamento se denomina **costo compartido** y se le puede pedir que pague de tres maneras.

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar su parte.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte un medicamento recetado.
- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte 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 sus gastos de bolsillo. Estas son las reglas que debemos seguir para llevar un registro de sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Sus gastos de bolsillo incluyen los pagos que se indican a continuación (siempre y cuando sean para medicamentos cubiertos por la Parte D y haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando se encuentra en alguna de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa deducible
 - La etapa de cobertura inicial
 - La etapa de brecha de cobertura
- Cualquier pago que haya realizado durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos con receta de Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

Importa quién paga:

- Si realiza estos pagos **usted mismo**, se incluyen en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si **otros individuos u organizaciones** los realizan en su nombre. Esto incluye los pagos de sus medicamentos realizados por un amigo o familiar, por la mayoría de las organizaciones benéficas, por los programas de asistencia para medicamentos contra el SIDA o por el Servicio de Salud para Indígenas. También se incluyen los pagos realizados por el programa «Ayuda adicional» de Medicare.
- Algunos pagos que realiza el Programa de descuentos por brechas de cobertura de Medicare están incluidos en sus gastos de bolsillo. Se incluye el monto que el fabricante paga por sus medicamentos de marca. Sin embargo, el monto que el plan paga por sus medicamentos genéricos no está incluido.

Pasando a la etapa de cobertura catastrófica:

Cuando usted (o las personas que pagan en su nombre) hayan gastado un total de 8000\$ en gastos de bolsillo durante el año calendario, pasará de la etapa de brecha de cobertura 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:

- Su prima mensual.
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no están cubiertos por nuestro plan.
- Medicamentos que compra en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para obtener cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no son de la Parte D, incluidos los medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura de Medicare.
- Pagos que realiza en concepto de medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos realizados por el plan por sus medicamentos de marca o genéricos mientras se encuentre dentro de la brecha de cobertura.
- Pagos de sus medicamentos realizados por planes de salud grupales, incluidos los planes de salud del empleador.
- Pagos de sus medicamentos que realizan ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y Veterans Affairs.
- Pagos de sus medicamentos realizados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos recetados (por ejemplo, compensación laboral).

Recordatorio: Si alguna otra organización, como las mencionadas anteriormente, paga una parte o la totalidad de sus gastos de bolsillo por los medicamentos, debe comunicárselo a nuestro plan llamando a Servicios para Miembros.

¿Cómo puede llevar un registro del total de sus gastos de bolsillo?

- **Te ayudaremos.** El informe de explicación de beneficios (EOB) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$8,000, este informe le indicará que ha dejado la etapa de brecha de cobertura y ha pasado a la etapa de cobertura catastrófica.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** En la sección 3.2 se explica lo que puede hacer para asegurarnos de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que pague por un medicamento depende de la etapa de pago del medicamento en la que se encuentre cuando reciba el medicamento.

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

La cobertura de **medicamentos con receta de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)** consta de **cuatro etapas de pago** de medicamentos. La cantidad que pague depende de la etapa en la que se encuentre cuando surta o vuelva a surtir un medicamento recetado. Los detalles de cada etapa se encuentran en las secciones 4 a 7 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de cobertura inicial

Etapas 3: Etapa de brecha de cobertura

Etapas 4: Etapa de cobertura catastrófica

SECCIÓN 3: Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué fase de pago se encuentra.

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

Nuestro plan lleva un registro de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha realizado cuando los surten o resurten en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En concreto, hay dos tipos de costes de los que hacemos un seguimiento:

- Llevamos un registro de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos de bolsillo**.
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el monto que usted paga de su bolsillo o que otros pagan en su nombre más el monto pagado por el plan.

Si el plan le ha surtido uno o más medicamentos con receta durante el mes anterior, le enviaremos una EOB de la Parte D. La EOB de la Parte D incluye:

- **Información de ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que surtió durante el mes anterior. Muestra los costos totales de

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

los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que usted y otras personas pagaron en su nombre.

- **Totales del año transcurrido desde el 1 de enero.** Esto se denomina 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 sobre precios de medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento e información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada solicitud de receta de la misma cantidad.
- **Prescripciones alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles con costos compartidos más bajos para cada solicitud de receta.

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

Para llevar un registro de los costos de sus medicamentos y de los pagos que realiza por ellos, utilizamos 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 le surtan una receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que conocemos los medicamentos con receta que está surtiendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tenemos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que puede pagar el costo total de un medicamento recetado. En estos casos, no obtendremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un registro de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar un registro de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de cuándo debe entregarnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte de los beneficios de nuestro plan.
 - Cuando realizó un copago por medicamentos que se proporcionan en el marco de un programa de asistencia al paciente del fabricante de medicamentos.
 - Cada vez que haya comprado medicamentos cubiertos en farmacias fuera de la red o, en otras ocasiones, haya pagado el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
 - Si se le factura un medicamento cubierto, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el capítulo 7, sección 2.
- **Envíenos información sobre los pagos que otras personas hayan realizado por usted.** Los pagos realizados por otras personas y organizaciones también se incluyen en sus

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

gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para Indígenas y la mayoría de las organizaciones benéficas se incluyen en los gastos de 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 reciba la EOB de la Parte D, repásela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de conservar estos informes.

SECCIÓN 4: Durante la etapa deducible, usted paga el costo total de sus medicamentos.

La etapa del deducible es la primera etapa de pago de su cobertura de medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentre en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta alcanzar el monto deducible del plan, que es de 545 dólares para 2024. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes. El **costo total** suele ser más bajo que el precio total normal del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en las farmacias de la red.

Una vez que haya pagado 545 dólares por sus medicamentos, saldrá de la etapa de deducible y pasará a 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 la suya

Sección 5.1 Lo que pague 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 los medicamentos con receta cubiertos y usted paga su parte (el monto del coseguro). Su parte del costo variará según el medicamento y el lugar donde surta su receta.

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

El plan tiene 6 niveles de costos compartidos

Todos los medicamentos de la «Lista de medicamentos» del plan se encuentran en uno de los seis niveles de costos compartidos. En general, cuanto mayor sea el número del nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento:

- Nivel 1: Medicamentos genéricos preferidos: Medicamentos genéricos que están disponibles en el nivel de costo compartido más bajo del 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 de nivel 1. Usted paga un copago de 35\$ por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 3: Medicamentos de marca preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo menor para los miembros que los medicamentos de nivel 4. Usted paga un copago de 35\$ por cada suministro mensual de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- Nivel 4: Medicamentos no preferidos: Medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo mayor para los miembros que los medicamentos de nivel 3
- Nivel 5 — Nivel de especialidad: Incluye un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos los inyectables, las infusiones y los anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos genéricos o de marca son los más caros del formulario. El costo compartido de estos medicamentos será mayor que el de los medicamentos de nivel 4.
- Nivel 6: medicamentos para diabéticos seleccionados: Medicamentos genéricos o de marca utilizados para tratar la diabetes

Para saber en qué nivel de costos compartidos se encuentra su medicamento, búsquelo en la «Lista de medicamentos» del plan.

Sus opciones de farmacia

El monto que pague por un medicamento depende de si lo obtiene de:

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia que no forma parte de la red del plan. Cubrimos los medicamentos con receta que se surten en farmacias fuera de la red solo en situaciones limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5, para saber cuándo cubriremos los medicamentos con receta que se surtan en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedidos por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y sobre cómo surtir sus medicamentos con receta, 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 medicamento para un mes**

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

Como se muestra en la siguiente tabla, el importe del coseguro depende del nivel de costos compartidos.

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

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Genérico preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 2 de participación en los costos (Genérico) <i>para fármacos no insulínicos</i> <i>para fármacos insulínicos</i>	25% de coseguro copago de 35\$	25% de coseguro copago de 35\$	25% de coseguro copago de 35\$	25% de coseguro copago de 35\$
Nivel 3 de participación en los costos (Marca preferida) <i>para fármacos no insulínicos</i>	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro

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

	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro de hasta 30 días)	Costos compartidos de cuidados a largo plazo (LTC) (suministro de hasta 31 días)	Costos compartidos fuera de la red (La cobertura está limitada a determinadas situaciones; consulte el capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Nivel				
<i>para fármacos insulínicos</i>	copago de 35\$	copago de 35\$	copago de 35\$	copago de 35\$
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos especializados)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 6 de participación en los costos (Seleccione medicamentos para diabéticos)	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro	25% de coseguro
<i>para fármacos no insulínicos</i>				
<i>para fármacos insulínicos</i>	copago de 35\$	copago de 35\$	copago de 35\$	copago de 35\$

No pagará más de 35 dólares por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre la participación en los costos de las vacunas de la Parte D.

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

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

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

- Si usted 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 es responsable del copago del medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba, en lugar de por un mes entero. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la tarifa diaria de costos compartidos) y lo multiplicaremos por el número de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4	Una tabla que muestra los costos de un suministro de un medicamento a largo plazo (100 días)
--------------------	---

En el caso de algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). *Un suministro a largo plazo es un suministro de 100 días.*

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

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

Nivel	Costos compartidos minoristas estándar (dentro de la red) (suministro para 100 días)	Costos compartidos de pedidos por correo (suministro para 100 días)
Nivel 1 de participación en los costos (Genérico preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 2 de participación en los costos (Genérico) <i>para fármacos no insulínicos</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
<i>para fármacos insulínicos</i>	copago de 105\$	copago de 105\$
Nivel 3 de participación en los costos (Marca preferida) <i>para fármacos no insulínicos</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
<i>para fármacos insulínicos</i>	copago de 105\$	copago de 105\$
Nivel 4 de participación en los costos (Medicamento no preferido)	25% de coseguro	25% de coseguro
Nivel 5 de participación en los costos (Medicamentos especializados)	No hay suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	No hay suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.
Nivel 6 de participación en los costos (Seleccione medicamentos para diabéticos) <i>para fármacos no insulínicos</i>	25% de coseguro	25% de coseguro
<i>para fármacos insulínicos</i>	copago de 105\$	copago de 105\$

No pagará más de 70 dólares por un suministro de hasta dos meses ni 105 dólares por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos, incluso si no ha pagado su deducible.

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

Sección 5.5 Permanece en la etapa de cobertura inicial hasta que el costo total de los medicamentos del año alcance los 5.030 dólares

Permanecerá en la etapa de cobertura inicial hasta que el monto total de los medicamentos con receta que haya surtido alcance el **límite de 5.030 dólares para la etapa de cobertura inicial**.

La EOB de la Parte D que reciba le ayudará a llevar un registro de cuánto han gastado usted, el plan y cualquier tercero en su nombre durante el año. Muchas personas no alcanzan el límite de 5.030 dólares en un año.

Te avisaremos si llegas a esta cantidad. Si alcanza este monto, abandonará 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

Cuando se encuentra en la etapa de brecha de cobertura, el Programa de descuentos por brecha de cobertura de Medicare ofrece descuentos a los fabricantes 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 paga como el monto descontado por el fabricante se incluyen en sus gastos de bolsillo como si los hubiera pagado y le permiten superar la brecha de cobertura.

También recibes alguna cobertura para medicamentos genéricos. Usted no paga más del 25% del costo de los medicamentos genéricos y el plan paga el resto. Solo el monto que paga cuenta y lo ayuda a superar la brecha de cobertura.

Usted seguirá pagando estos costos hasta que sus pagos de bolsillo anuales alcancen el monto máximo establecido por Medicare. Una vez que alcance esta cantidad de \$8,000, abandona la etapa de brecha de cobertura y pasa a la etapa de cobertura catastrófica.

Medicare tiene reglas sobre lo que cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para sus gastos de bolsillo (Sección 1.3).

Los requisitos del coseguro de Coverage Gap Stage no se aplican a los productos de insulina cubiertos por la Parte D ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y las vacunas para viajes.

No pagará más de 35 dólares por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costos compartidos.

Consulte la sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre las vacunas de la Parte D y los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

SECCIÓN 7 Durante la etapa de cobertura catastrófica, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos por la Parte D

Usted entra en la etapa de cobertura catastrófica cuando sus gastos de bolsillo han alcanzado el límite de \$8,000 para el año calendario. Una vez que se encuentre en la etapa de cobertura catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

A partir de 2024, si llega a la etapa de cobertura catastrófica, no pagará nada por los medicamentos cubiertos por la Parte D.

SECCIÓN 8 Vacunas de la Parte D. Lo que pague depende de cómo y dónde los obtenga.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la «Lista de medicamentos» del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Consulte la «Lista de medicamentos» de su plan o comuníquese con Servicios para Miembros para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Nuestra cobertura de las vacunas de la Parte D consta de dos partes:

- La primera parte de la cobertura es el costo de **la propia vacuna**.
- La segunda parte de la cobertura cubre el costo de **administrarle la vacuna**. (Esto a veces se denomina administración de la vacuna).

Los costos de la vacuna de la Parte D dependen de tres factores:

- 1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP) recomienda la vacuna para adultos.**
 - El ACIP recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no cuestan nada.
- 2. Dónde se obtiene la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
- 3. Quién te pone la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarlo en el consultorio del médico.

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

Lo que pague al momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago del medicamento** en la que se encuentre.

- A veces, cuando se vacuna, tiene que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le devuelva nuestra parte del costo. En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando se vacune, solo pagará su parte del costo en virtud de su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no tendrá que pagar nada.

A continuación, se muestran tres ejemplos de formas en las que podría vacunarse contra la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (El hecho de que tenga esta opción depende del lugar donde viva. Algunos estados no permiten que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no tendrá que pagar nada.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el coseguro de la vacuna en sí, que incluye el costo de administrarla.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

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

- Cuando reciba la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo de que el proveedor se la administre.
- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos que se describen en el capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. En el caso de otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro por la vacuna (incluida la administración).

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

- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no tendrá que pagar nada por la vacuna en sí.
- En el caso de otras vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia el coseguro de la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.

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

- Luego, puede solicitar a nuestro plan que pague nuestra parte del costo mediante los procedimientos descritos en el capítulo 7.
- En el caso de la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó.

CAPÍTULO 7:

Pedirnos que paguemos nuestra parte de una factura que haya 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, es posible que descubra que ha pagado más de lo que esperaba según las normas de cobertura del plan. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (el reembolso suele denominarse reembolso). Tiene derecho a que nuestro plan le devuelva el dinero siempre que haya pagado más de lo que le corresponde del costo de los servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Es posible que deba cumplir con plazos para recibir el reembolso. Consulte la sección 2 de este capítulo.

También es posible que en ocasiones reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que haya recibido o, posiblemente, por más de lo que le corresponde de los costos compartidos, como se indica en el documento. Primero intente resolver la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Analizaremos el proyecto de ley y decidiremos si los servicios deben estar cubiertos. Si decidimos que deben estar cubiertos, pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarlo, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más de lo permitido por el plan en los costos compartidos. Si este proveedor está contratado, usted todavía tiene derecho a recibir tratamiento.

Estos son algunos ejemplos de situaciones en las que puede necesitar solicitar 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 que necesita con urgencia de un proveedor que no forma parte de la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o que necesite con urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor forme parte o no de nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o de necesidad urgente. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a brindar atención de emergencia. Si usted mismo paga el monto total al momento de recibir 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 en la que se le pida un pago que usted 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.
 - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde del costo del servicio, determinaremos cuánto debe y le reembolsaremos nuestra parte del costo.

2. Cuando un proveedor de la red le envía una factura, cree que no debe pagar

Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente al plan y pedirte solo tu parte del costo. Pero a veces cometen errores y te piden que pagues más de lo que te corresponde.

- Solo tiene que pagar el monto de los costos compartidos cuando recibe los servicios cubiertos. No permitimos que los proveedores agreguen cargos adicionales por separado, lo que se denomina facturación de saldos. Esta protección (según la cual usted nunca paga más del monto de su participación en los costos) se aplica incluso si pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
- Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red que considere que es superior a lo que debe pagar, envíenos la factura. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que ha pagado demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado y pídanos que le devolvamos la diferencia entre el monto que pagó y el monto que adeuda según el plan.

3. Si 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 alguno de sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede pedirnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá presentar documentos, como recibos y facturas, para que podamos gestionar el reembolso.

4. Cuando acude a una farmacia fuera de la red para surtir un medicamento recetado

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

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida que le reembolsemos nuestra parte del costo. Recuerde que solo cubrimos las farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte el capítulo 5, sección 2.5, para un análisis de estas circunstancias.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado porque no lleva consigo la tarjeta de membresía del plan

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

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

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

6. Cuando paga el costo total de un medicamento recetado en otras situaciones

Es posible que pague el costo total de la receta porque descubre que el medicamento no está cubierto por alguna razón.

- Por ejemplo, es posible que el medicamento no esté en la «Lista de medicamentos» del plan o que tenga un requisito o restricción que usted 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 del mismo.
- 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 poder reembolsarle nuestra parte del costo.

Todos los ejemplos anteriores son tipos de decisiones de cobertura. Esto significa que si rechazamos tu solicitud de pago, puedes apelar nuestra decisión. El capítulo 9 de este documento contiene información sobre cómo presentar una apelación.

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

Puede solicitarnos que le devolvamos el dinero 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 la factura y los recibos para su registro. **Debe enviarnos su reclamación en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, el artículo o el medicamento.**

Para asegurarnos de que nos proporciona toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede rellenar nuestro formulario de reclamación (solo para solicitudes de medicamentos con receta) para solicitar el pago.

- No es necesario que utilice el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Necesitaremos su nombre, fecha del servicio, artículos solicitados para el 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 por correo su solicitud de pago junto con cualquier factura o recibo pagado a la siguiente dirección:

Para reclamaciones médicas:

Para las reclamaciones sobre medicamentos:

Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de:
Apartado postal de reembolso para miembros 14050
Scottsdale, AZ 85267

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
ATTN: Reclamaciones (reembolsos)
Apartado postal 509108
San Diego, CA 92150-9108
Fax: 1-858-549-1569
Correo electrónico: Correo electrónico:
Claims@Medimpact.com

SECCIÓN 3 Estudiaremos su solicitud de pago y diremos sí o no

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

Cuando recibamos tu solicitud de pago, te avisaremos si necesitamos más información sobre ti. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión sobre la 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 ha pagado el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el reembolso de nuestra parte del costo. Si aún no ha pagado el servicio o el medicamento, 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 explicándole los motivos por los que no enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.2 Si le informamos de 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 importe que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos pide que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el 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 sensibilidades culturales como miembro del plan

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que funcione para usted y de acuerdo con sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, etc.)

Su plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los inscritos, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidades auditivas o personas con diversos orígenes culturales y étnicos. Los ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: la prestación de servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teléfono teletipográfico).

Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos proporcionarle información en braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno si la necesita. Estamos obligados a proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que le convenga, llame a Servicios para Miembros.

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

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

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante nuestro plan llamando al número que se indica en la Sección 1 del Capítulo 2, titulada «Cómo comunicarse con nosotros si presenta una queja sobre su atención médica o sobre su cobertura de medicamentos con receta». 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 al 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 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 gratuitos 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 dar 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 disponibles, 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, titulada «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 tenga acceso oportuno a sus servicios y medicamentos cubiertos
--------------------	--

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) de la red del plan para que le brinde y gestione los servicios cubiertos. También tiene derecho a acudir 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 recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite esa atención. También tiene derecho a surtir o reabastecer sus medicamentos con receta en cualquiera de las farmacias de nuestra 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 explica 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 e información de salud personal. Protegemos su información de salud 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 su historial médico y otra información médica y de salud.
- Tiene derechos relacionados con su información y con el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, denominado **Aviso de prácticas de privacidad**, en el que se informa sobre estos derechos y se explica cómo protegemos la privacidad de su información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- A excepción de las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos la intención de proporcionar su información de salud a alguien que no le brinde o pague su atención, *primero debemos obtener un permiso por escrito de usted o de una persona a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones por usted*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a divulgar la información de salud a las agencias gubernamentales que verifican la calidad de la atención.
 - Como usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos con receta de la Parte D. Si Medicare divulga su información para fines de investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con las leyes y reglamentos federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Puede ver la información de sus registros y saber cómo se ha compartido con otras personas

Tiene derecho a revisar sus registros médicos en poder del plan y a obtener una copia de los mismos. Se nos permite cobrarle una tarifa por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que realicemos adiciones o correcciones a sus registros médicos. Si nos lo solicita, 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 otras personas para cualquier propósito que no sea rutinario.

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

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

Como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), tiene derecho a recibir varios tipos de información de nuestra parte.

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 los proveedores y las farmacias de nuestra red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo 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 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre por qué algo no está cubierto y qué puede hacer al respecto.** El capítulo 9 proporciona 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 está restringida. El capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

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

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

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

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 los siguientes:

- **Para conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que se le informe sobre todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar lo que cuesten o no estén 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 conocer los riesgos.** Tiene derecho a que se le informe sobre cualquier riesgo relacionado con su atención. Se le debe informar con antelación si algún tratamiento o atención médica propuesta forma 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 salir de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja no salir. También tiene derecho a dejar de tomar su medicamento. 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 debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo.

A veces, las personas no pueden tomar decisiones de atención médica por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Tiene derecho a decir lo que quiere que suceda si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Complete un formulario escrito para darle 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 no puede tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones con antelación a estas situaciones se denominan **directivas anticipadas**. Existen diferentes tipos de instrucciones

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

anticipadas y diferentes nombres para ellas. Los documentos llamados **testamento vital** y **poder notarial para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Si desea utilizar una **directiva anticipada** para dar sus instrucciones, haga lo siguiente:

- **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 instrucciones anticipadas de organizaciones que brindan a las personas información sobre Medicare.
- **Rellénalo y fírmalo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, tenga en cuenta que es un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias a las personas adecuadas.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que usted nombre en el formulario, quienes pueden tomar decisiones por usted si usted no puede hacerlo. Es posible que desee dar copias a amigos cercanos o familiares. Guarde una copia en casa.

Si sabe de antemano que va a ser hospitalizado y ha firmado una directiva anticipada, **lleve consigo 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 quiere firmar uno.

Recuerde que usted decide si quiere llenar una directiva anticipada (incluso si quiere firmarla si se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle la atención o 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 o un hospital no siguió sus instrucciones, puede presentar una queja ante el Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona escribiendo a la División de Servicios para Adultos y Ancianos del DES, Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona, 1789 W. Jefferson Street, #950A, Phoenix, AZ 85007, o por teléfono al 1-800-432-4040. Los usuarios de TTY pueden llamar al Servicio de Retransmisión de Arizona, de forma gratuita, al 711.

También puede visitar el sitio web del Programa de asistencia para el seguro médico del estado de Arizona en: <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>.

Sección 1.6 Tiene derecho a presentar quejas y a pedirnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene problemas, inquietudes o quejas y necesita solicitar cobertura o presentar una apelación, en el capítulo 9 de este documento se explica lo que puede hacer. Haga lo que haga (solicitar una decisión de cobertura, presentar una apelación o presentar una queja), **estamos obligados a tratarlo de manera justa.**

Sección 1.7 ¿Qué puede hacer si cree que lo están tratando injustamente o que no se respetan sus derechos?

Si se trata de discriminación, llame a la Oficina de Derechos Civiles

Si cree que lo han 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 a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697, o llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** local.

¿Se trata de otra cosa?

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puedes **llamar al SHIP.** Para obtener más información, consulte el capítulo 2, sección 3.
- O bien, **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 obtener más información, consulte el capítulo 2, sección 3.
- Puede ponerse en contacto con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Protección de los derechos de Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - O bien, puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

Las cosas que debe hacer como miembro del plan se detallan 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 los servicios cubiertos.
 - Los capítulos 3 y 4 proporcionan detalles sobre sus servicios médicos.
 - Los capítulos 5 y 6 proporcionan los detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o cobertura de medicamentos con receta además de nuestro plan, debe informarnos.** En el capítulo 1 se explica cómo coordinar estos beneficios.
- **Informe a su médico y a 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 con receta de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a ayudarlo brindándoles información, haciendo preguntas y haciendo un seguimiento completo de su atención.**
 - Para ayudarle a recibir 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.
- **Sé considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúe de una manera que ayude al buen funcionamiento del consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios.
- **Paga lo que debes.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
 - Debe pagar las primas de su plan.
 - Debe seguir pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro del plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar su parte del costo cuando reciba el servicio o el medicamento.
 - Si debe pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para conservar su cobertura de medicamentos con receta.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar el monto adicional de la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando el monto adicional directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro del* área de servicio de nuestro plan, necesitamos saberlo para poder mantener su registro de membresía actualizado y saber cómo comunicarnos con usted.**
- **Si se muda *fuera* del área de servicio de nuestro plan, no podrá seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- Si se muda, también es importante que se lo comunique al Seguro Social (o a la Junta de Jubilación Ferroviaria).

CAPÍTULO 9:

*Qué hacer si tiene un problema
o una 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 algún problema o inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para tratar problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para las decisiones de cobertura y las apelaciones**.
- Para otros problemas, debe utilizar el **proceso de presentación de quejas**, también denominado quejas.

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

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar 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 no son familiares para la mayoría de las personas y pueden resultar difíciles de entender. Para facilitar las cosas, este capítulo:

- Utiliza palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, este capítulo generalmente dice: presentar una queja en lugar de presentar una queja, una decisión de cobertura en lugar de una determinación de la organización, o una determinación de cobertura o una determinación de riesgo, y una organización de revisión independiente en lugar de una entidad de revisión independiente.
- También utiliza abreviaturas lo menos posible.

Sin embargo, puede ser útil, y a veces muy importante, que conozca los términos legales correctos. Saber qué términos usar 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 proporcionamos los detalles para manejar tipos específicos de situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Estamos siempre disponibles para ayudarte. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Por lo tanto, siempre debe

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

comunicarse con el servicio de atención al cliente para obtener ayuda. Sin embargo, en algunas situaciones, es posible que también desee la ayuda o la orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación se muestran dos entidades que pueden ayudarlo.

Programa estatal de asistencia para el seguro médico (SHIP)

Cada estado tiene un programa gubernamental con consejeros capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los consejeros de este programa pueden ayudarlo a entender 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 asesores de SHIP son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y las direcciones URL de los sitios web en el capítulo 2, sección 3, de este documento.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda. Para comunicarse con Medicare:

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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).

SECCIÓN 3 Para solucionar su problema, ¿qué proceso debe utilizar?

Si tiene algún problema o inquietud, solo necesita leer las partes de este capítulo que se apliquen a su situación. La siguiente guía le ayudará.

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

¿Tiene algún problema o inquietud acerca de sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas sobre si la atención médica (artículos médicos, servicios y/o medicamentos con receta de la Parte B) está cubierta o no, la forma en que está cubierta y los problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe con la siguiente sección de este capítulo, **Sección 4, Guía sobre los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura.**

No.

Pase a la **sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

DECISIONES Y APELACIONES DE COBERTURA**SECCIÓN 4 Una guía con los aspectos básicos de las decisiones y apelaciones de cobertura**

Sección 4.1 Solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: panorama general

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se refieren a problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos con receta de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a los artículos médicos, los servicios y los medicamentos con receta de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Utiliza la decisión de cobertura y el proceso de apelaciones para cuestiones tales como si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre el monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red del plan lo remite a un especialista médico que no forma parte de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que el médico de la red pueda demostrar que recibió una notificación de denegación estándar para este especialista médico o que la *evidencia de cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto bajo ninguna condición. 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

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

niega a brindarle la atención médica que usted cree que necesita. En otras palabras, si quiere saber si cubriremos una atención médica antes de que la 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. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizada para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, enviaremos una notificación explicando por qué se rechazó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué está cubierto para usted y cuánto pagamos. En algunos casos, podríamos decidir que su atención médica no está cubierta o ya no la cubre Medicare. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, 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 hayamos tomado. En determinadas circunstancias, que analizaremos más adelante, puede solicitar una **apelación expedita o rápida** de una decisión de cobertura. Su apelación es tramitada 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 comprobar si cumplimos correctamente las normas. 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. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud son si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizada para hacerlo o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de nivel 1, enviaremos una notificación explicando por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de nivel 1 de atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de nivel 2 dirigida por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte **la sección 5.4** de este capítulo para obtener más información sobre las apelaciones de nivel 2.

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

- En el caso de las apelaciones sobre medicamentos de la Parte D, si rechazamos la totalidad o parte de su apelación, tendrá que solicitar una apelación de nivel 2. Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6 de este capítulo.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de nivel 2, es posible que pueda continuar con otros niveles de apelación (en la sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5).

Sección 4.2 **Cómo obtener ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación**

Estos son algunos recursos si decide solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- **Puede obtener ayuda gratuita** del Programa de asistencia de seguro médico de su estado.
- **Su médico puede hacer una solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación después del Nivel 2, tendrá que ser nombrado su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario *de nombramiento de un representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en www.cms.gov/medicare/cms-forms/cms-forms/downloads/CMS1696.pdf o en nuestro sitio web en www.goldkidney.com).
- En el caso de la atención médica o los medicamentos con receta 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 rechazada en el Nivel 1, se reenviará automáticamente al Nivel 2.
- En el caso de los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otra persona que le dé la receta puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de nivel 1 en su nombre. Si su apelación de nivel 1 es denegada, su médico o el médico que le receta 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 designación 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

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

que desea que actúe en su nombre. Debe proporcionarnos una copia del formulario firmado.

- Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, no podemos iniciar ni completar la revisión hasta que la recibamos. Si no recibimos el formulario dentro de los 44 días naturales siguientes a la recepción de su solicitud de apelación (nuestra fecha límite para tomar una decisión sobre su apelación), su solicitud de apelación será desestimada. Si esto ocurre, le enviaremos una notificación por escrito explicándole 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 en el 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 está obligado a contratar a un abogado** para solicitar ningún tipo de decisión de cobertura ni para 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. Como cada situación tiene reglas y plazos diferentes, damos los detalles de 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 con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación»
- **Sección 7** de este capítulo: «Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le van a dar el alta demasiado pronto»
- **Sección 8** de este capítulo: «Cómo pedirnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto» (*Se aplica únicamente a estos servicios: atención médica a domicilio, atención en un centro de enfermería especializada y servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF)*)

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.

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

SECCIÓN 5 Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelar una decisión de cobertura

Sección 5.1	En esta sección se explica qué hacer si tiene problemas para obtener la cobertura de la atención médica o si desea que le reembolsemos nuestra parte del costo de su atención.
--------------------	---

Esta sección trata sobre sus beneficios de atención médica. Estos beneficios se describen en el capítulo 4 de este documento: *Tabla de beneficios médicos (qué está cubierto y cuánto paga)*. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a la solicitud de un medicamento recetado de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las reglas para los medicamentos con receta de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. No está recibiendo la atención médica que desea y cree que está cubierta por nuestro plan. **Solicita una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprobará la atención médica que su médico u otro proveedor médico desee brindarle, y usted cree que esta atención está cubierta por el plan. **Solicita una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Ha recibido atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por el plan, pero le hemos dicho que no la pagaremos. **Presente una apelación. Sección 5.3.**
4. Ha recibido y pagado la atención médica que, en su opinión, debería estar cubierta por el plan y desea solicitar a nuestro plan que le reembolse esa atención. **Envíanos la factura. Sección 5.5.**
5. Le están diciendo que la cobertura de ciertos cuidados médicos que ha estado recibiendo y que nosotros aprobamos previamente se reducirá o suspenderá, y cree que reducir o interrumpir esta atención podría ser perjudicial para su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se suspenderá es para la atención hospitalaria, la atención médica domiciliaria, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF), debe leer las secciones 7 y 8 de este capítulo. Se aplican reglas especiales a estos tipos de cuidados.

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

En el caso de los **medicamentos de la Parte B**, por lo general, se toma una **decisión de cobertura estándar en un plazo de 14 días o 72 horas**. Por lo general, una **decisión de cobertura rápida se toma en un plazo de 72 horas para los servicios médicos o 24 horas para los medicamentos de la Parte B**. Para obtener una **decisión de cobertura rápida**, debe cumplir con dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* la cobertura de artículos o servicios médicos (no las solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si cumplir con los plazos estándar podría *causar un daño grave a su salud o afectar su capacidad para funcionar*.

Si su médico nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, automáticamente aceptaremos 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 en la que:

- Explica que utilizaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico solicita una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente 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: Solicite a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos cobertura para la atención médica que desea. Usted, su médico o su representante pueden hacerlo. El capítulo 2 contiene 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 en un plazo de **14 días naturales** después de recibir 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 tardar hasta 14 días más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos 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 tomarnos más días, 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 para las decisiones de cobertura y las apelaciones. Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

Para las decisiones de cobertura rápida, utilizamos un plazo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de **72 horas** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, responderemos en un plazo de **24 horas**.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días más**. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos 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 tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas). Te llamaremos en cuanto tomemos la decisión.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica por qué hemos dicho que no.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura de atención médica, puede apelar.

- Si decimos que no, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante 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 apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1****Términos legales**

Una apelación ante el 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 rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 o 7 días en el caso de los medicamentos de la Parte B. Por lo general, una apelación rápida se presenta en un plazo de 72 horas.

- Si está apelando una decisión que tomamos sobre la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberán decidir si necesitan una apelación rápida. Si su médico nos dice que su salud requiere una apelación rápida, le presentaremos 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: Solicite a nuestro plan una apelación o una apelación rápida.

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, hágalo por escrito o llámenos.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no cumplirlo, explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impida ponerse en contacto 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 relativa a su decisión médica. Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación.** Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, analizamos detenidamente toda la información. Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud.

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

- Recopilaremos más información si es necesaria y, posiblemente, nos pondremos en contacto con usted o con su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación**. Le daremos nuestra respuesta lo antes posible si su estado de salud así lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que pueda beneficiarlo, **podemos tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos demorarnos más si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final del período ampliado si hemos tardado más días), debemos enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. La sección 5.4 explica el proceso de apelación de nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura que acordamos brindar dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y remitiremos 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

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días naturales** a partir de 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 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir 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 tardar hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si tardamos más días, se lo comunicaremos por escrito. No podemos tomarnos 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 tomarnos más días, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas).

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

- Si no le damos una respuesta antes de la fecha límite (o al final del período 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 a una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para que reciba una apelación de nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: Cómo se tramita una apelación de nivel 2

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se denomina **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 denomina **expediente de su caso**. **Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso**. Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- 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 en un **plazo de 72 horas** a partir de 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

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

independiente no puede tomarse 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 se refiere a un artículo o servicio médico, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 30 días calendario** a partir de la recepción de la apelación. Si su solicitud es para un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario a partir** de la fecha en que reciba 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 tomarse 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 de la misma.

- **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 en un plazo de 72 horas o prestar el servicio en un plazo de 14 días naturales después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándar. Para las solicitudes urgentes, disponemos de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un medicamento recetado de la Parte B de Medicare, debemos autorizar o proporcionar el medicamento recetado de la Parte B en un plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión para **las solicitudes estándar**. Para **las solicitudes urgentes**, tenemos **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización revisora.
- **Si esta organización rechaza parte o la totalidad de su apelación**, significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe aprobarse. (Esto se denomina **confirmar la decisión o rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:
 - Explicando su decisión.
 - Notificarle el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. La notificación

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

por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe pagar para continuar con el proceso de apelaciones.

- Le indica cómo presentar una apelación de nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea acudir a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación por escrito que recibirá después de la apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado juez. La sección 9 de este capítulo explica los procesos de apelación de los niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5	¿Qué sucede si nos pide que le paguemos nuestra parte de una factura que ha recibido por atención médica?
--------------------	--

El capítulo 7 describe cuándo puede necesitar solicitar un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También indica cómo enviarnos la documentación en la que se nos solicita el pago.

Solicitar un reembolso es pedirnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar el reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica por la que pagó está cubierta. También verificaremos si siguió todas las reglas para usar su cobertura para atención médica.

- **Si respondemos afirmativamente a su solicitud:** Si la atención médica está cubierta y ha seguido todas las reglas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo en un plazo de 60 días naturales después de recibir su solicitud. Si no ha pagado la atención médica, enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta o si *no* ha seguido todas las reglas, no le enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le indicaremos que no pagaremos la atención médica y le indicaremos los motivos.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazarlo, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos solicita que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

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

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones que describimos en la Sección

5.3. Para las apelaciones relacionadas con el reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales a partir de la recepción de su apelación. Si nos solicita que le devolvamos el dinero por la atención médica que ya ha recibido y pagado, no puede solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días naturales. 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 en un plazo de 60 días naturales.

SECCIÓN 6 Sus medicamentos con receta de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1	Esta sección le indica qué hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si quiere que le devolvamos el dinero por un medicamento de la Parte D.
--------------------	--

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. 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 normas, 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 siempre el *medicamento recetado para pacientes ambulatorios o el medicamento de la Parte D* cubiertos. También utilizamos el término «Lista de medicamentos» en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que usted obtenga nuestra aprobación antes de que podamos cubrirlos.
- Si su farmacia le informa que sus medicamentos con receta no se pueden surtir tal como están escritos, la farmacia le enviará un aviso por escrito explicándole cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

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

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D**Término legal**

La 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 el monto que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica 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 figura en la *lista de medicamentos cubiertos del plan*. **Solicita una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la exención de una restricción en la cobertura del plan para un medicamento (como los límites en la cantidad del medicamento que puede obtener). **Solicita una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar el pago de un monto de costo compartido más bajo por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido más alto. **Solicita una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicita una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pague un medicamento recetado que ya haya comprado. **Pídanos que le 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 explica cómo solicitar decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

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

Solicitar que se elimine una restricción a la cobertura de un medicamento a veces se denomina solicitar una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio más bajo por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una excepción por **niveles**.

Si un medicamento no está cubierto de la forma en que le gustaría que estuviera cubierto, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que podamos considerar su solicitud de excepción, su médico u otro profesional que le recete la receta tendrá que explicar los motivos médicos por los que necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico u otra persona que haya recetado la receta pueden pedirnos que hagamos:

- 1. Cubrimos un medicamento de la Parte D para usted que no figura en nuestra «Lista de medicamentos».** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la «Lista de medicamentos», tendrá que pagar el monto de participación en los costos que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar una excepción al monto de participación en los costos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** El capítulo 5 describe las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra «Lista de medicamentos». Si aceptamos hacer una excepción y eximirle de una restricción, 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 más bajo de costos compartidos.** Todos los medicamentos de nuestra «Lista de medicamentos» se encuentran en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más bajo sea el número del nivel de costos compartidos, 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 costos compartidos inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento por el monto de costo compartido que se aplica a los medicamentos alternativos.

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

- Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido más bajo. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
- Si el medicamento que está tomando es de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento con el monto de participación en los costos 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 con el monto de costo compartido que se aplica al nivel más bajo que contenga alternativas de marca o genéricas para tratar su afección.
- No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costos compartidos de ningún medicamento del nivel 5 o 6.
- Si aprobamos tu solicitud de excepción por niveles y hay más de un nivel de costos compartidos más bajo con medicamentos alternativos que no puedes tomar, normalmente pagarás la cantidad más baja.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe saber sobre la solicitud de excepciones
--------------------	--

Su médico debe decirnos los motivos médicos

Su médico u otro profesional que le recete la receta debe proporcionarnos una declaración en la que explique los motivos médicos para solicitar una excepción. Para tomar una decisión más rápida, incluya esta información médica de su médico u otro profesional que le recete la receta 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 fármacos **alternativos**. Si un medicamento alternativo fuera tan eficaz como el medicamento que está solicitando y no causara más efectos secundarios u otros problemas de salud, por lo general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción por niveles, por lo general *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos de los niveles de costos compartidos más bajos no le funcionen tan bien o sea probable que le causen una reacción adversa u otro tipo de daño.

Podemos responder sí o no a su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser 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 mediante 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** posteriores a la recepción de 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. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no ha recibido. (No puede solicitar que se le devuelva la decisión de cobertura rápida por un medicamento que ya haya comprado).
- El uso de los plazos estándar podría causar graves daños a su salud o perjudicar su capacidad para funcionar.
- **Si su médico u otro profesional que le receta nos indica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o del médico que le receta, 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 en la que:
 - Explica que utilizaremos los plazos estándar.
 - Explica que si su médico u otro profesional que le receta solicita una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
 - Le indica 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 queja en un plazo de 24 horas a partir de la recepción.

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

Paso 2: Solicita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o proporcionemos 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 la solicitud presentada en el formulario de *solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS* o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web. El capítulo 2 contiene información de contacto. Las solicitudes de cobertura de medicamentos se pueden enviar electrónicamente aquí: <https://goldkidney.com/forms/> y, a continuación, seleccione «Enviar solicitud de autorización previa», que lo llevará a una página web para completar la solicitud. Para ayudarnos a procesar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información que identifique qué reclamación denegada se está apelando.

Usted, su médico (u otro profesional que haya recetado la receta) o su representante pueden hacerlo. También puede hacer que un abogado actúe en su nombre. La sección 4 de este capítulo explica cómo puede dar permiso por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de respaldo** que indique los motivos médicos de la excepción. Su médico u otro profesional que le recete la receta puede enviarnos la declaración por fax o correo. O bien, su médico u otro profesional que le recete la receta puede informarnos por teléfono y hacer un seguimiento enviando por fax o por correo una declaración escrita si es necesario.

Paso 3: Consideramos su solicitud y le damos nuestra respuesta.

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - Para excepciones, le daremos nuestra respuesta en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo de su médico. Le daremos nuestra respuesta lo antes posible si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura que acordamos brindar en un plazo de 24 horas después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

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

Plazos para tomar una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no ha recibido

- Por lo general, debemos responderle **en un plazo de 72 horas** después de recibir 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 lo antes posible si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos **proporcionarle la cobertura** que acordamos brindar **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud o la declaración del médico que respalde su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Plazos para tomar una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos responderle en un **plazo de 14 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también debemos realizarle el pago en un plazo de 14 días naturales a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica por qué hemos dicho 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 pedirnos que reconsideremos esta decisión mediante 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 apelaciones.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 1****Términos legales**

Una apelación ante el 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**.

Paso 1: Decida si necesita una apelación estándar o rápida.

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 7 días. Por lo general, una apelación rápida se presenta en un plazo de 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 recetó la receta 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 otro profesional que haya recetado medicamentos 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 o llámenos al 1-888-672-7206.** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al (1-888-672-7206).** El capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida la solicitud presentada en el *formulario modelo de solicitud de determinación de cobertura de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- Las solicitudes de apelación de cobertura de medicamentos se pueden presentar electrónicamente aquí: <https://goldkidney.com/forms/> y, a continuación, seleccione «Enviar solicitud de autorización previa», que lo llevará a una página web para completar la solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 60 días calendario** a partir de la fecha de la notificación por escrito que le enviamos para informarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si no cumple con este plazo y tiene una buena razón para no

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

cumplirlo, explique el motivo por el que su apelación se retrasa cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de causa justificada pueden incluir una enfermedad grave que le impida ponerse en contacto 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 de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar más información para respaldar su apelación. Se nos permite cobrar una tarifa por copiar y enviarle esta información.

Paso 3: Consideramos su apelación y le damos nuestra respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, examinamos detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Comprobamos si seguimos todas las reglas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos pongamos en contacto con usted o con su médico u otro profesional que haya recetado medicamentos para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de apelaciones rápidas, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 72 horas después de recibir su apelación.** Le daremos nuestra respuesta lo antes posible si su estado de salud así lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, 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 a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** debemos proporcionarle la cobertura que hemos acordado ofrecer en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no ha recibido

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** a partir de la recepción de su apelación. Le daremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le damos una decisión en un plazo de 7 días naturales, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente. La sección 6.6 explica el proceso de apelación de nivel 2.

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

- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionarle la cobertura tan pronto como lo requiera su salud, pero a más tardar **7 días calendario** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que le explicaremos por qué no y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar sobre el pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos responderle en un **plazo de 14 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.
 - Si no cumplimos con este plazo, debemos enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde será revisada por una organización de revisión independiente.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** también debemos realizarle el pago en un plazo de **30 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a una parte o a la totalidad de lo que ha solicitado,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se explica por qué hemos dicho que no. También le diremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decide si desea continuar con el proceso de apelaciones y presentar otra apelación.

- Si decide presentar otra apelación, significa que su apelación pasa al Nivel 2 del proceso de apelaciones.

Sección 6.6	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2
--------------------	---

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se denomina 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.

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

Paso 1: Usted (o su representante, su médico u otro profesional que haya recetado) 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 enviemos incluirá **instrucciones sobre cómo presentar una apelación de nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de nivel 2, qué plazos debe cumplir y cómo comunicarse con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o no tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo en** virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su reclamación a la IRE.
- Enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina **expediente de su caso. Tiene derecho a pedirnos una copia del expediente de su caso.** Se nos permite cobrarle una tarifa por copiar y enviarle esta información.
- 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.
- Si la organización acepta presentarle una apelación rápida, debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para la apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 7 días naturales** después de recibir su apelación si se trata de un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le devolvamos el dinero por un medicamento que ya ha comprado, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de nivel 2 en un **plazo de 14 días naturales** a partir de la recepción de su solicitud.

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

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 usted solicitó**, debemos proporcionarle la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión en un **plazo de 24 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

Para apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **proporcionarle la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión en un **plazo de 72 horas** después de recibir la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** por un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** después de recibir la decisión de la organización de revisión.

¿Qué pasa si la organización de revisión rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **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 denomina **mantener la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**.) En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta:

- Explicando su decisión.
- Notificarle el derecho a una apelación de nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un mínimo determinado. Si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita es demasiado bajo, no podrá presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 será definitiva.
- Decirle el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso cumple con los requisitos, usted decide si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación por escrito que recibirá después de su decisión de 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 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado juez. La sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7: Cómo pedirnos que cubramos una estancia hospitalaria más prolongada si cree que le van a dar el alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, tiene derecho a recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Durante su estadía en el hospital cubierta, su médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararse para el día en que deje el hospital. Le ayudarán a organizar la atención que pueda necesitar después de su partida.

- El día en que sale del hospital se llama **fecha de alta**.
- Cuando se decida su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se lo dirán.
- Si cree que le están pidiendo que abandone el hospital demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud será considerada.

Sección 7.1 Durante su hospitalización, recibirá una notificación por escrito de Medicare en la que se le explicarán sus derechos

Dentro de los dos días de haber ingresado en el hospital, recibirá una notificación por escrito llamada *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas con Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe la notificación de alguien del hospital (por ejemplo, una trabajadora social o una enfermera), pídala 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:

- Su derecho a recibir los servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indique su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son estos servicios, quién los pagará y dónde puede obtenerlos.
- Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su estadía en el hospital.
- Dónde informar sobre cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de la atención hospitalaria.
- Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si cree que lo van a dar de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una forma formal y

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

legal de solicitar un retraso en la fecha de alta para que podamos cubrir su atención hospitalaria durante más tiempo.

2. Se le pedirá que firme la notificación por escrito para demostrar que la ha recibido y que comprende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Al firmar el aviso, *solo* se indica que ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica la fecha de su alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con una fecha de alta.

3. Tenga a mano una copia del aviso para tener a mano la información sobre cómo presentar una apelación (o denunciar una duda sobre la calidad de la atención) si la necesita.

- Si firma el aviso más de dos días antes de la fecha de alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para ser dado de alta.
- Para ver una copia de este aviso con anticipación, 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, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pide ayuda si la necesitas.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Comprueba si la fecha de alta planificada es médicamente adecuada 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 de las personas con Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Comuníquese con la Organización de Mejora de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta hospitalaria. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación 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 de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad *antes* de salir del hospital y, **a más tardar, a medianoche del día de su alta.**
 - **Si cumple con este plazo**, puede permanecer en el hospital *después* de la fecha de alta *sin pagar por ello* 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 tenga que 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 de Mejora de la Calidad y aún así desea apelar, debe presentar una apelación directamente a nuestro plan. Para obtener más información 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 de Mejora de la Calidad se pondrá en contacto con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que nos contacten, le enviaremos un **aviso detallado de alta**. Este aviso indica la fecha de alta planificada y explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Puede obtener un ejemplo del **aviso detallado de baja** 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 ejemplo de aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización de Mejora 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 la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.

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

- Los revisores también analizarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos proporcionado.
- Antes del mediodía del día siguiente a que los revisores nos informaran de su apelación, recibirá una notificación por escrito de nuestra parte con la fecha prevista de alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros creemos que es correcto (médicamente apropiado) que le den el alta en esa fecha.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización de Mejora 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 proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados** durante el tiempo que estos servicios sean necesarios desde el punto de vista médico.
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si se aplican). Además, es posible que haya limitaciones en los servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué pasa si la respuesta es negativa?

- Si la organización de revisión dice que *no*, está diciendo que la fecha de alta planificada es médicamente apropiada. Si esto ocurre, **nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados** finalizará al mediodía del día *siguiente* a 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 tenga que pagar el costo total de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día siguiente 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 prevista, puede presentar otra apelación. Si presenta otra apelación, pasará al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3

Paso a paso: Cómo presentar una apelación de nivel 2 para cambiar la fecha de alta del hospital

Durante una apelación de nivel 2, usted pide a la Organización de Mejora de la Calidad que revise su decisión en su primera apelación. Si la Organización de Mejora de la Calidad rechaza

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

su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de su estadía después de la fecha de alta planificada.

Paso 1: Vuelva a ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** a partir del día en que la Organización de Mejora 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 la cobertura de la atención.

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán detenidamente de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días naturales a partir de 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 haya recibido desde el mediodía del día siguiente a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos continuar brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes hospitalizados** 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 denomina mantener la decisión.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación pasando al Nivel 3.

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación después del Nivel 2 (para un total de cinco niveles de apelación). Si desea acudir a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación por escrito que recibirá después de su decisión de 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 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado juez. La sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

Sección 7.4 ¿Qué sucede si no cumple con la fecha límite para presentar su apelación de nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital?**Término legal**

Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina **apelación acelerada**.

En su lugar, puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para iniciar su apelación de nivel 1 de la fecha de alta del hospital. Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad, hay otra forma de presentar su apelación.

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

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1**Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.**

- **Solicita 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 contiene información de contacto.

Paso 2: Realizamos una revisión rápida de la fecha de alta prevista para comprobar si era médicamente adecuada.

- Durante esta revisión, analizamos toda la información sobre su estancia en el hospital. Verificamos si la fecha de alta planificada era médicamente apropiada. Comprobamos si la decisión sobre cuándo debe dejar el hospital fue justa y siguió todas las reglas.

Paso 3: Le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una revisión rápida.

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que aún debe permanecer en el hospital después de la fecha de alta. Seguiremos proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sean necesarios desde el punto de vista médico. También significa que hemos acordado reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha

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

en que dijimos que su cobertura finalizaría. (Debe pagar su parte de los costos y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura).

- **Si rechazamos su apelación, estamos diciendo que su fecha de alta planificada era apropiada desde el punto de vista médico.** Nuestra cobertura para sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados finaliza el día en que dijimos que finalizaría la cobertura.
 - Si permaneció en el hospital *después* de la fecha de alta planificada, **es posible que tenga que 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 apelaciones.

Paso a paso: Proceso de apelación *alternativo* de nivel 2

Término legal
El nombre formal de la organización de revisión independiente es Entidad de revisión independiente . A veces se denomina 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: Reenviaremos automáticamente su caso a la organización de revisión independiente.

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos de que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo 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 realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 72 horas.

- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación contra el alta hospitalaria.
- **Si esta organización acepta su apelación, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención hospitalaria que haya recibido desde la fecha de su alta prevista.** También debemos continuar con la cobertura del plan de sus servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados durante el tiempo que sea médicamente necesario. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaremos o el tiempo que continuaremos cubriendo sus servicios.

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

- Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo en que la fecha prevista para su alta hospitalaria era adecuada desde el punto de vista médico.
 - La notificación por escrito que reciba de la organización de revisión independiente 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 juez.

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

- Hay tres niveles adicionales en el proceso de apelación 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 pasa a la apelación de nivel 3.
- La sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si cree que su cobertura finalizará demasiado pronto

Sección 8.1	<i>Esta sección trata solo de tres servicios: atención médica domiciliaria, atención en un centro de enfermería especializada y servicios de un centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF)</i>
--------------------	---

Cuando reciba **servicios de salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (Centro integral de rehabilitación ambulatoria)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención durante el tiempo que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidamos que es hora de dejar de cubrir cualquiera de los tres tipos de atención para usted, debemos informárselo con antelación. Cuando finalice su cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos cancelando la cobertura de su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica 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 antelación cuándo finalizará su cobertura****Término legal**

Aviso de falta de cobertura de Medicare. Le indica 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 interrumpir su atención.

- 1. Recibirá una notificación por escrito** al menos dos días antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se indica lo siguiente:
 - 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 prolongado.
- 2. Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme la notificación por escrito para demostrar que la ha recibido.** Al firmar el aviso, *solo* se indica que ha recibido la información sobre cuándo se suspenderá su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión del plan de interrumpir 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 quiere pedirnos que cubramos su atención durante un período de tiempo más prolongado, tendrá que utilizar el proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pide ayuda si la necesitas.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O llame al Programa Estatal de Asistencia de Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una apelación de nivel 1, la Organización de Mejora de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es adecuada desde el punto de vista médico.

La **Organización para el Mejoramiento 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 de 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 forman parte de nuestro plan.

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

Paso 1: Presente su apelación de nivel 1: póngase en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite una *apelación acelerada*. Debe actuar con rapidez.

¿Cómo puede ponerse en contacto con esta organización?

- La notificación por escrito que recibió (*aviso de falta de cobertura de Medicare*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización de Mejora de la Calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de entrada en vigor** de la *Notificación de falta de cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con la Organización de Mejora de la Calidad y aún así 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 de Mejora 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 los motivos para cancelar la cobertura.

¿Qué ocurre durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante por qué cree que la cobertura de los servicios debe continuar. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si lo desea.
- La organización de revisión también analizará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le haya proporcionado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informen de su apelación, le enviaremos **una explicación detallada de la falta de cobertura** en la que se explican en detalle los motivos por los que cancelamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué pasa si los revisores dicen que sí?

- Si los revisores aceptan su apelación, **debemos seguir proporcionándole los servicios cubiertos durante el tiempo que sea necesario desde el punto de vista médico.**
- Tendrá que seguir pagando su parte de los costos (como deducibles o copagos, si corresponde). Es posible que haya limitaciones en los servicios cubiertos.

¿Qué pasa si los revisores dicen que no?

- Si los revisores dicen que *no*, **su cobertura finalizará en la fecha que le indiquemos.**
- Si decide seguir recibiendo los servicios de atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de esta fecha en que finalice su cobertura, **tendrá que pagar usted mismo el costo total** de esta atención.

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 decide seguir recibiendo atención una vez finalizada la cobertura de la atención, 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, usted pide a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de nivel 2, es posible que tenga que pagar el costo total de la atención médica a domicilio, la atención en un centro de enfermería especializada o los servicios del Centro de Rehabilitación Ambulatoria Integral (CORF) *después* de la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.

Paso 1: Vuelva a ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días** a partir del día en que la Organización de Mejora 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 de atención.

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

Paso 2: La Organización de Mejora de la Calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad examinarán detenidamente de nuevo toda la información relacionada con su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días a partir de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores 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 haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. **Debemos continuar brindando cobertura** para la atención durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Debe seguir 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 relación con su apelación de nivel 1.
- La notificación que reciba le indicará por escrito lo que puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Le proporcionará los detalles sobre cómo pasar al siguiente nivel de apelación, que es tramitado por un juez de derecho administrativo o un abogado juez.

Paso 4: Si la respuesta es negativa, tendrá que decidir si desea continuar con su apelación.

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de nivel 2.
- La apelación de nivel 3 es tramitada por un juez de derecho administrativo o un abogado juez. La sección 9 de este capítulo ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

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

Sección 8.5 ¿Qué sucede si no cumple con el plazo para presentar su apelación de nivel 1?

En su lugar, puede apelar a nosotros

Como se explicó anteriormente, debe actuar rápidamente para ponerse en contacto con la Organización de Mejora de la Calidad para iniciar su primera apelación (en un plazo máximo de uno o dos días). Si no cumple con la fecha límite para comunicarse con esta organización, hay otra forma de presentar su apelación. Si utiliza esta otra forma de presentar su apelación, *los dos primeros niveles de apelación son diferentes.*

Paso a paso: Cómo presentar una apelación *alternativa* de nivel 1

Término legal
Una revisión rápida (o apelación rápida) también se denomina apelación acelerada .

Paso 1: Póngase en contacto con nosotros y solicite una revisión rápida.

- **Solicita 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 contiene información de contacto.

Paso 2: Revisamos rápidamente la decisión que tomamos sobre cuándo finalizar la cobertura de sus servicios.

- Durante esta revisión, examinaremos de nuevo toda la información sobre su caso. Comprobamos si estábamos siguiendo todas las reglas cuando fijamos la fecha para finalizar la cobertura del plan por los servicios que estaba recibiendo.

Paso 3: Le daremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas después de que solicite una revisión rápida

- **Si aceptamos su apelación,** significa que hemos acordado con usted que necesitará los servicios durante más tiempo y que seguiremos prestando 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 haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría. (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 se lo indiquemos y no pagaremos ninguna parte de los costos después de esa fecha.
- Si siguió recibiendo atención médica a domicilio, en un centro de enfermería especializada o en un centro de rehabilitación ambulatoria integral (CORF) *después* de la

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

fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría, **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 apelaciones.

Término legal

El nombre formal de la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se denomina **IRE**.

Paso a paso: Proceso de apelación alternativo de nivel 2

Durante la apelación de nivel 2, la **organización de revisión independiente** revisa la decisión que tomamos con respecto a su apelación rápida. Esta organización decide si se debe cambiar la 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 encargarse de la tarea de ser la organización de revisión independiente. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Estamos obligados a enviar la información de su apelación de nivel 2 a la organización de revisión independiente en un plazo de 24 horas a partir del momento en que le informemos de que rechazamos su primera apelación. (Si cree que no estamos cumpliendo con este plazo 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 realiza una revisión rápida de su apelación. Los revisores le darán una respuesta en un plazo de 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, debemos reembolsarle nuestra parte de los costos de la atención que haya recibido desde la fecha en que dijimos que su cobertura finalizaría.** También debemos seguir cubriendo la atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria. Debe seguir pagando su parte de los costos. Si hay limitaciones de cobertura, estas podrían limitar la cantidad que reembolsaremos o el tiempo que continuaremos cubriendo los servicios.
- **Si esta organización rechaza su apelación, significa que está de acuerdo con la decisión que nuestro plan tomó con respecto a su primera apelación y no la cambiará.**
- La notificación que reciba de la organización de revisión independiente le indicará por escrito lo que puede hacer si desea pasar a una apelación de nivel 3.

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

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

- Hay tres niveles de apelación adicionales después del nivel 2, para un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de nivel 3, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en la notificación por escrito que recibirá después de su decisión de 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 ofrece más información sobre los niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación al nivel 3 y más allá

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda pasar a niveles de apelación adicionales. Si el valor en dólares es inferior al 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 prácticamente de la misma manera. A continuación, le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado que trabaje 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 apelaciones *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, pasaremos a una apelación de nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica 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 apelación de nivel 4 antes de autorizar o proporcionar la atención médica en disputa.

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

- **Si el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión de apelación favorable de nivel 3, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.** A diferencia de una decisión de nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de nivel 4 que le sea favorable. Decidiremos si apelamos esta decisión al Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales después de recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo haremos saber por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede o no haber terminado*.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, la notificación que reciba le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5 y cómo continuar con una apelación de nivel 5.

Apelación de nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá *sí o no* a su solicitud. Esta es la respuesta final. No hay más niveles de apelación después del 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 adecuada para usted si ha presentado una apelación de nivel 1 y una apelación de nivel 2, y ambas apelaciones han sido rechazadas.

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

Si el valor del medicamento que ha apelado alcanza un monto determinado 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 con quién comunicarse 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 prácticamente de la misma manera. A continuación, le indicamos quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

Apelación de nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el juez de derecho administrativo o el abogado adjudicador en un **plazo de 72 horas (24 horas en el caso de las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el siguiente nivel del proceso de revisión. La notificación que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de nivel 4.

Apelación de nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo forma parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, el proceso de apelación ha terminado.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por el Consejo en un **plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o realizar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelación puede o no haber terminado.**
 - Si decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones ha terminado.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión de la apelación, la notificación le indicará si las reglas le permiten pasar a una apelación de nivel 5. También le dirá con quién debe comunicarse y qué hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

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

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 la respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

PRESENTACIÓN DE QUEJAS

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas resuelve 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 algunos ejemplos de los tipos de problemas que maneja el proceso de quejas.

Reclamación	Ejemplo
Calidad de su atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está satisfecho 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 no 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? • ¿Siente que se le anima a abandonar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para conseguir una cita o espera demasiado tiempo para conseguirla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar demasiado? ¿O por parte de nuestro Departamento de Servicios para Miembros u otro personal del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ Algunos ejemplos incluyen esperar demasiado tiempo por teléfono, en la sala de espera o de examen, o pedir 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?

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

Reclamación	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso obligatorio? • ¿Nuestra información escrita es difícil de entender?
Puntualidad (todos estos tipos de quejas están relacionados con la puntualidad de nuestras acciones relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o ha presentado una apelación y cree que no estamos respondiendo con la suficiente rapidez, puede presentar una queja sobre nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Cree que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o las apelaciones; puede presentar una queja. • Si cree que no estamos cumpliendo con los plazos para cubrir o reembolsarle ciertos artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Si cree que no cumplimos con los plazos requeridos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **queja**.
- La **presentación de una queja** también se denomina **presentación de una queja**.
- El **uso del proceso para quejas** también se denomina **uso del proceso para presentar una queja formal**.
- Una **queja rápida** también se denomina **queja acelerada**.

Capítulo 9 Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)**Sección 10.3 Paso a paso: Presentar una queja****Paso 1: Póngase en contacto con nosotros lo antes posible, ya sea por teléfono o por escrito.**

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para Miembros.** Si hay algo más que deba hacer, el Departamento de Servicios para Miembros se lo comunicará.
- **Si no desea llamar (o llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por escrito.
- Si desea presentar una queja contra Gold Kidney Health Plan o un proveedor de la red, debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Sus inquietudes se remitirán al Departamento de Quejas, quien llevará a cabo una investigación exhaustiva y le proporcionará una respuesta escrita o verbal en un plazo de 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 las quejas de la Parte C (sobre atención o servicios médicos) y/o las quejas de la Parte D (sobre medicamentos o servicios con receta), encontrará los números de teléfono que figuran en la sección 1 del capítulo 2 de este folleto.

Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de «respuesta rápida» en relación con una decisión de cobertura o una apelación, procederemos automáticamente a tramitar una queja «rápida». Si tiene una queja «rápida», significa que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Puede comunicarse con Gold Kidney Health Plan para expresar su preocupación o también puede presentar su queja por escrito. Puede encontrar la información de contacto en el capítulo 2, sección 1 (Cómo ponerse en contacto con nosotros, incluido cómo ponerse en contacto con nuestros Servicios para miembros).

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales a partir del momento en que tuvo el problema del que quiere quejarse.

Paso 2: Estudiamos su queja y le damos nuestra respuesta.

- **Si es posible, le responderemos de inmediato.** Si nos llama con una queja, es posible que podamos responderle en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y la demora es lo mejor para usted o si solicita más tiempo, podemos tardar hasta 14 días naturales más (44 días naturales en total) en responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le enviaremos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas.**

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

- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad por el problema del que se queja, incluiremos nuestros motivos en la respuesta que le demos.

Sección 10.4	También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización de Mejora de la Calidad
---------------------	---

Cuando su queja se refiere a *la calidad de la atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización de Mejora 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 controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare. El capítulo 2 contiene información de contacto.

O

- **Puede presentar su queja tanto a la Organización de Mejora 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 Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) directamente a Medicare. Para presentar 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:

*Finalización de su membresía en el
plan*

SECCIÓN 1 Introducción a la cancelación de su membresía en nuestro plan

La cancelación de su membresía en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) puede ser **voluntaria** (su propia elección) o **involuntaria** (no su propia elección):

- Puede dejar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* marcharse. Las secciones 2 y 3 proporcionan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que debemos cancelar su membresía. La sección 5 le informa sobre situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si se va de nuestro plan, nuestro plan debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su participación en los costos hasta que finalice su membresía.

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

Sección 2.1	Puede cancelar su membresía durante el período de inscripción anual
--------------------	--

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **período de inscripción anual** (también conocido como **período anual de inscripción abierta**). Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida cuál será 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 cambiarse a un plan nuevo, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
 - Medicare original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y se queda sin cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 o más días seguidos, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Su membresía finalizará 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 realizar *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 anual de inscripción abierta de Medicare Advantage**, puede:
 - Cámbiese a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta.
 - Cancele su inscripción en nuestro plan y obtenga cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes siguiente a que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En determinadas situaciones, puede cancelar su membresía durante un período de inscripción especial
--------------------	--

En determinadas situaciones, los miembros de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante un período de inscripción especial si se le aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo algunos ejemplos. Para ver 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 se ha mudado.
- Si tiene Medicaid.
- Si reúne los requisitos para recibir «ayuda adicional» para pagar sus medicamentos con receta de Medicare.
- Si incumplimos nuestro contrato con usted.

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- Si recibe atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de cuidados a largo plazo (LTC).

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En el capítulo 5, sección 10, encontrará más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Para saber 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 llaman al 1-877-486-2048. Si reúne los requisitos 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 con receta. Puedes elegir:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta.
- Medicare original *con* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.
- — *o* — Medicare original *sin* un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.

Nota: Si se da de baja de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare y no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días seguidos o más, es posible que tenga que 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 siguiente a la recepción de su solicitud de cambio de plan.

Si recibe «ayuda adicional» de Medicare para pagar sus medicamentos con receta: Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare por separado, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya optado por no inscribirse automáticamente.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede cancelar su membresía?
--------------------	---

Si tienes alguna duda sobre la cancelación de tu membresía, puedes:

- **Llame a Servicios para Miembros.**
- Encuentre la información en el manual *Medicare & You 2024*.
- 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).

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

En la siguiente tabla se explica cómo debe cancelar su membresía en nuestro plan.

Si quieres cambiarte 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">Inscríbese en el nuevo plan de salud de Medicare.Se cancelará automáticamente su inscripción en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) 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">Inscríbese en el nuevo plan de medicamentos con receta de Medicare.Se cancelará automáticamente su inscripción en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) cuando comience la cobertura de su nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Medicare original <i>sin</i> un plan de medicamentos recetados de Medicare separado.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.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 que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Se cancelará su inscripción en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus servicios médicos, artículos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- Siga utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

- **Siga utilizando las farmacias de nuestra red o haciendo pedidos por correo para surtir sus medicamentos con receta.**
- **Si está hospitalizado el día en que finaliza su membresía, nuestro plan cubrirá su estadía en el hospital hasta que se le dé el alta (incluso si se le da el alta después de que comience su nueva cobertura de salud).**

SECCIÓN 5 Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan en determinadas situaciones

Sección 5.1	¿Cuándo debemos cancelar su membresía en el plan?
--------------------	--

Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) debe cancelar su membresía en el plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- 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 durante 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 la afección médica (una enfermedad renal terminal que requiera diálisis (cualquier modo de diálisis) para seguir inscrito en nuestro plan.
 - Si pierde su elegibilidad, pero es razonable esperar que recupere la elegibilidad en un plazo de 6 meses, seguirá siendo 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 en el que se considera que sigue siendo elegible).
- Si te encarcelan (vas a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente o oculta información sobre otro seguro que tenga y que ofrezca cobertura de medicamentos con receta.
- Si nos proporciona intencionalmente información incorrecta al inscribirse 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 se comporta continuamente de manera perjudicial y nos dificulta la prestación de atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos obligarlo a

Capítulo 10 Finalización de su membresía en el plan

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 recibir atención médica. (No podemos obligarlo a abandonar nuestro plan por este motivo, a menos que primero obtengamos el permiso de Medicare).
 - Si cancelamos su membresía por este motivo, es posible que el Inspector General investigue su caso de Medicare.
- Si tiene que 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 con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene preguntas o desea obtener más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 **No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una afección médica requerida para inscribirse en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)**

En la mayoría de los casos, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud. La única vez que podemos hacerlo es si ya no tiene la afección médica requerida para inscribirse en Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP).

¿Qué debe hacer si esto ocurre?

Si cree que se le pide que deje 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 cancelamos su membresía en nuestro plan**

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, debemos informarle por escrito nuestros motivos para cancelar su membresía. También debemos explicarle cómo puede presentar una queja o queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre la ley aplicable

La ley principal que se aplica a este documento *de evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las regulaciones creadas en virtud de la Ley del Seguro Social por los Centros de Servicios de Medicare y & Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas o explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por motivos de raza, etnia, nacionalidad, 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 dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen 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, la Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud Asequible, todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley y reglamento que se aplique por cualquier otro motivo.

Si desea obtener más información o tiene dudas sobre la discriminación o el trato injusto, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos al 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles local. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

Si tiene una discapacidad y necesita ayuda para acceder a la atención, llámenos a Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como un problema con el acceso para sillas de ruedas, el Departamento de Servicios para Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación de los pagadores secundarios de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare para los que Medicare no sea el pagador principal. De acuerdo con las regulaciones de los CMS en 42 CFR, secciones 422.108 y 423.462, Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), como organización de Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que el Secretario ejerce en virtud de las normas de la CMS en las subpartes B a D de la parte 411 de 42 CFR y las normas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de palabras importantes

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Monto permitido: el importe en dólares que el plan considera el pago total. Incluye cualquier monto pagado por el plan, así como cualquier participación en los costos de los miembros (como copagos y coseguros). El importe permitido suele ser una tarifa con descuento y no los cargos reales facturados por el proveedor.

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 prevista en el centro no exceda las 24 horas.

Período de inscripción anual: período del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o cambiarse a Original Medicare.

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 ha recibido. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) factura a un paciente más del monto de costo compartido permitido por el plan. Como miembro de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP), solo tiene que pagar los montos de los costos compartidos de nuestro plan cuando recibe los servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores **equilibren la factura** ni le cobren más de la cantidad de costos compartidos que su plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios hospitalarios y de centros de enfermería especializada (SNF). El período de beneficios comienza el día en que ingresa a un hospital o centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no ha recibido ningún tipo de atención hospitalaria (o atención especializada en un SNF) durante 60 días seguidos. Si va a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de que haya finalizado un período de beneficios, comenzará un nuevo período de beneficios. Debe pagar el deducible hospitalario para pacientes hospitalizados por cada período de beneficios. No hay límite en el número de períodos de prestación.

Producto biológico: medicamento recetado que se elabora a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros fármacos y no se pueden copiar con exactitud, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como los productos biológicos originales.

Biosimilar: medicamento recetado que se considera muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien y son tan seguros como el producto biológico original; sin embargo, los biosimilares generalmente requieren una nueva receta para sustituir el producto biológico original.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Medicamento de marca: 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 la patente del medicamento de marca haya expirado.

Etapas de **cobertura para casos catastróficos:** etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes calificadas en su nombre) gastan \$8,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de los medicamentos cubiertos por la Parte D. No pagas nada.

Centros de Servicios de & Medicaid de Medicare (CMS): la agencia federal que administra Medicare.

Plan para necesidades especiales de cuidados crónicos: los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a las personas elegibles para Massachusetts que tengan una o más afecciones crónicas graves o discapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, e incluyen la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y relacionadas con la clínica especificadas en 42 CFR 422.4 (a) (1) (iv).

Coseguro: monto que quizás deba pagar, expresado como un porcentaje (por ejemplo, el 20%) de su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta después de pagar cualquier deducible.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **presentar una queja formal**. 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 cumple con los plazos del proceso de apelación.

Centro integral de rehabilitación ambulatoria (CORF): un centro que brinda principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, que incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno doméstico.

Copago (o copago): monto que quizás deba pagar como parte del costo de un servicio o suministro médico, como una visita al médico, una visita ambulatoria a un hospital o un medicamento recetado. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, \$10), en lugar de un porcentaje.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Costos compartidos: los costos compartidos se refieren a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. (Esto se suma a la prima mensual del plan). Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pagos siguientes: (1) cualquier monto deducible que un plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que requiera un plan cuando se recibe un servicio o medicamento específico; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan requiera cuando se recibe un servicio o medicamento específico.

Nivel de costos compartidos: todos los medicamentos de la lista de medicamentos cubiertos se encuentran en uno de los 6 niveles de costos compartidos. En general, cuanto más alto sea el nivel de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento.

Determinación de cobertura: una decisión sobre si un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que debe pagar por el medicamento recetado. En general, si llevas tu receta a una farmacia y la farmacia te dice que la receta no está cubierta por tu plan, no se trata de una determinación de cobertura. Debe llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. En este documento, las determinaciones de **cobertura se denominan decisiones** de cobertura.

Medicamentos cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: término que utilizamos para referirnos a todos los servicios y suministros de atención médica que cubre nuestro plan.

Cobertura **acreditable de medicamentos recetados: cobertura** de medicamentos recetados (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando son elegibles para Medicare generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante.

Cuidado de **custodia: el cuidado** de custodia es el cuidado personal que se brinda en un hogar de ancianos, un hospicio u otro centro cuando no necesita atención médica especializada o atención de enfermería especializada. La atención de custodia, proporcionada por personas que no tienen habilidades o capacitación profesional, incluye ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, vestirse, comer, sentarse o levantarse de una cama o silla, moverse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como el uso de gotas para los ojos. Medicare no paga los cuidados de custodia.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Tarifa diaria de costos compartidos: se puede aplicar una tarifa diaria de costos compartidos cuando su médico le recete un suministro de ciertos medicamentos para menos de un mes completo y usted deba pagar un copago. La tarifa diaria de participación en los costos es el copago dividido por el número de días del suministro de un mes. He aquí un ejemplo: Si su copago por un suministro de un medicamento para un mes es de 30 dólares y el suministro para un mes de su plan es de 30 días, su tarifa diaria de participación en los costos es de 1 dólar por día.

Deducible: el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos recetados antes de que nuestro plan pague.

Anular o cancelar la inscripción: el proceso de cancelar su membresía en nuestro plan.

Cargo por dispensación: cargo que se cobra cada vez que se dispensa un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir una receta, como el tiempo que el farmacéutico dedica a preparar y empaquetar la receta.

Planes para necesidades especiales con 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 la asistencia médica de un plan estatal en virtud de Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos que solicita su médico por motivos médicos. 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 solicitadas por un proveedor para su uso en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento medio de la salud y la medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar la pérdida de vidas (y, si es una mujer embarazada, la pérdida del feto), la pérdida de una extremidad o la pérdida de la función de una extremidad, o la 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) proporcionados por un proveedor calificado para brindar servicios de emergencia; y 2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC) e información de divulgación: este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, en el que se explica su cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Excepción: tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está incluido en nuestro formulario (una excepción al formulario) u obtener un medicamento no preferido a un nivel de costo compartido más bajo (una excepción por niveles). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige 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 al formulario).

«**Ayuda adicional**»: un programa de Medicare o estatal para ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado 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, por lo general, cuesta menos.

Queja: tipo de queja que presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no implica disputas de cobertura o pago.

Asistente de salud en el hogar: persona que brinda servicios que no requieren las habilidades de un enfermero o terapeuta con licencia, como la ayuda con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios prescritos).

Hospicio: beneficio que brinda un tratamiento especial a un miembro que ha recibido un certificado médico como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, su plan, debemos proporcionarle una lista de los hospicios en su área geográfica. Si elige el hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Aún puede obtener todos los servicios necesarios desde el punto de vista médico, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Internación hospitalaria: hospitalización cuando usted ha sido ingresado formalmente en el hospital para recibir servicios médicos especializados. Incluso si pasas la noche en el hospital, es posible que se te considere un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) : si su ingreso bruto ajustado modificado, tal como se indica en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, supera un monto determinado, pagará el monto de la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se añade a la 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 en la etapa de cobertura inicial.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que los costos totales de los medicamentos, incluidos los montos que haya pagado y lo que su plan haya pagado en su nombre durante el año, alcancen los 5.030 dólares.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de inscripción inicial: cuando es elegible para Medicare por primera vez, el período de tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan institucional para necesidades especiales (SNP): plan que inscribe a las personas elegibles que residen de forma continua o se espera que residan de forma continua durante 90 días o más en un centro de cuidados a largo plazo (LTC). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF), un centro de enfermería (NF), (SNF/NF), un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), un centro psiquiátrico para pacientes hospitalizados y/o centros aprobados por los CMS que brindan servicios de salud similares a largo plazo que están cubiertos por la Parte A, la Parte B de Medicare o Medicaid; y cuyos residentes tienen necesidades y estado de salud similares a los de los otros tipos de centros mencionados. Un plan institucional para necesidades especiales debe tener un acuerdo contractual con (o ser propietario y operar) de las instalaciones específicas de LTC.

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 según la evaluación estatal. La evaluación debe realizarse utilizando la misma herramienta de evaluación del nivel de atención estatal respectivo y debe administrarse por una entidad distinta de la organización que ofrece el plan. Este tipo de plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a las personas que residen en un centro de vida asistida (ALF) contratado si es necesario para garantizar la prestación uniforme de la atención especializada.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o «lista de medicamentos»): una lista de los medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio por bajos ingresos (LIS): consulte «Ayuda adicional».

Cargo máximo permitido: lo máximo que un proveedor puede cobrar por un servicio.

Monto máximo de desembolso personal: el monto *máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios de la Parte A y la Parte B cubiertos dentro de la red*. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de las Partes A y B de Medicare y los medicamentos recetados no se incluyen en el monto máximo de desembolso personal.

Medicaid (o asistencia médica): programa conjunto federal y estatal que ayuda a cubrir los costos médicos a algunas personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de atención médica están cubiertos si usted reúne los requisitos para Medicare y Medicaid.

Indicación medicamento aceptada: uso de un medicamento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertos libros de referencia.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Necesarios 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 que cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas con enfermedad renal terminal (por lo general, personas con insuficiencia renal permanente que necesitan diálisis o un trasplante de riñón).

Período de **inscripción abierta de Medicare Advantage: período** comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo durante el cual los miembros de un plan Medicare Advantage pueden cancelar su inscripción en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage u obtener cobertura a través de Original Medicare. Si decide cambiarse a Original Medicare 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 durante un período de 3 meses después de que la persona sea elegible para Medicare por primera vez.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces denominado Parte C de Medicare, plan ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionarle todos los beneficios de las Partes A y B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) HMO, ii) PPO, iii) un plan privado de pago por servicio (PFFS) o iv) un plan de cuenta de ahorros médicos (MSA) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan HMO o PPO de Medicare Advantage también puede ser un plan para necesidades especiales (SNP). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura de medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura de medicamentos con receta**.

Programa de **descuentos por falta de cobertura de Medicare: programa** que ofrece descuentos en la mayoría de los medicamentos de marca cubiertos por la Parte D a los miembros de la Parte D que hayan alcanzado la etapa de brecha de cobertura y que aún no estén recibiendo «ayuda adicional». Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y ciertos fabricantes de medicamentos.

Servicios cubiertos por Medicare: **servicios cubiertos** por la Parte A y la Parte B. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de la vista, los dentales o los de la audición, que pueda ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare es ofrecido por una empresa privada que tiene un contrato con Medicare para proporcionar los beneficios de la Parte A y la Parte B a las personas con Medicare que se inscriban en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de costos de Medicare, los planes para necesidades especiales, los programas piloto o de demostración y los programas de cuidado integral para personas mayores (PACE).

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a pagar los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros no cubiertos por la Parte A o la Parte B.

Póliza Medigap (seguro suplementario de Medicare): seguro complementario de Medicare vendido por compañías de seguros privadas para cubrir las *brechas* en el Medicare original. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza de Medigap).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): persona con Medicare que es elegible para recibir los servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de & Medicaid de Medicare (CMS).

Servicios para miembros: un departamento de nuestro plan responsable de responder a sus preguntas sobre su membresía, beneficios, quejas y apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan y donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si los surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para los médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que cuentan con licencia o certificación de Medicare y del estado para prestar servicios de atención médica. **Los proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Determinación de la organización: decisión que toma nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o cuánto tiene que pagar por los artículos o servicios cubiertos. En este documento, las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura.

Medicare original (Medicare tradicional o Medicare de pago por servicio): el gobierno ofrece Medicare original y no un plan de salud privado como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. Según el Medicare Original, los servicios de Medicare están cubiertos mediante el pago de los montos de pago establecidos por el Congreso a los médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica. Puede consultar a cualquier 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 la suya. Original Medicare consta de dos partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico) están disponibles en todos los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que compra en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o brindar los servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son empleados, propiedad ni operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición de costos compartidos más arriba. El requisito de participación en los costos de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Parte C: consulte el plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: El programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta 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. El Congreso ha excluido ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos por la Parte D. Todos los planes deben cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por **inscripción tardía en la Parte D:** monto que se agrega a la prima mensual de la cobertura de medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Punto de servicio (POS): el punto de servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte el capítulo 3, sección 2.4 para obtener información sobre el uso de la opción de punto de servicio).

Plan de organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que cuenta con 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 de la red o fuera de la red. Los costos compartidos de los miembros generalmente serán más altos cuando los beneficios del plan los reciban de proveedores fuera de la red. Los planes PPO tienen un límite anual en los gastos de bolsillo de los servicios que reciba de los proveedores de la red (preferidos) y un límite mayor en los gastos de bolsillo totales combinados de los servicios de los proveedores de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de atención médica por la cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Administrador de beneficios de medicamentos con receta: por lo general, un administrador externo que es responsable de procesar y pagar las solicitudes de medicamentos recetados en nombre de un plan de salud.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Proveedor de atención primaria (PCP): el médico u otro proveedor que consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de consultar a cualquier otro proveedor de atención médica.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o ciertos medicamentos. Los servicios cubiertos que requieren autorización previa se indican en la tabla de beneficios del capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario.

Prótesis y aparatos ortopédicos: dispositivos médicos que incluyen, entre otros: aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; miembros artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o función interna del cuerpo, incluidos los suministros para ostomía y la terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el mejoramiento de la calidad (QIO): grupo de médicos en ejercicio y otros expertos en atención médica pagados por el gobierno federal para controlar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes de Medicare.

Límites de cantidad: herramienta de administración diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden estar en la cantidad del medicamento que cubrimos por receta o durante un período de tiempo definido.

Herramienta de beneficios en tiempo real: portal o aplicación informática en la que los afiliados pueden consultar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica sobre los beneficios y el formulario de cada afiliado. Esto incluye los montos de los costos compartidos, los medicamentos del formulario alternativos que se pueden usar para la misma afección de salud que un medicamento determinado y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un plan de salud en particular. En el caso de los planes que limitan los médicos y hospitales a los que puede acudir, también suele ser el área donde puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). El plan debe cancelar su inscripción si se muda permanentemente del área de servicio del plan.

Atención en un centro de enfermería especializada (SNF): servicios de rehabilitación y atención de enfermería especializada que se brindan de manera continua y diaria en un centro de enfermería especializada. Algunos ejemplos de cuidados son la fisioterapia o las inyecciones intravenosas, que solo pueden ser administradas por un enfermero o un médico registrado.

Capítulo 12 Definiciones de palabras importantes

Período de **inscripción especial: período** establecido en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un período de inscripción especial incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe «ayuda adicional» con los costos de sus medicamentos recetados, si se muda a un hogar de ancianos o si incumplimos nuestro contrato con usted.

Plan para necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda atención médica más específica a grupos específicos de personas, como las que tienen Medicare y Medicaid, que residen en un hogar de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

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.

Ingreso de seguridad suplementario (SSI): beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que están discapacitadas, ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios de la SSI no son los mismos que los beneficios del Seguro Social.

Servicios que se **necesitan con urgencia: servicios** cubiertos que no son servicios de emergencia, que se brindan cuando los proveedores de la red no están disponibles o son inaccesibles temporalmente o cuando el afiliado se encuentra fuera del área de servicio. Por ejemplo, necesita atención inmediata durante el fin de semana. Los servicios deben necesitarse de inmediato y ser necesarios desde el punto de vista médico.

Servicios para miembros de Gold Kidney of Arizona Dialysis Complete (HMO-POS C-SNP)

Método	Servicios para miembros: información de contacto
LLAME	<p>línea gratuita 1-844-294-6535; TTY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horas de operación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Del 1 de octubre al 31 de marzo: De 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.• Del 1 de abril al 30 de septiembre: De 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 fuera del horario de atención, los sábados, domingos y festivos, y le devolveremos la llamada en el plazo de un día laborable.</p> <p>El Departamento de Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de interpretación de idiomas disponibles para personas que no hablan inglés.</p>
FAX	1-480-716-7555
ESCRIBE	<p>Gold Kidney Health Plan Inc. A la atención de:</p> <p>Apartado postal de Servicios para Miembros 14050 Scottsdale, AZ 85267</p>
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Programa de asistencia de seguro médico del estado de Arizona (SHIP)

El Programa de Asistencia de Seguro Médico del Estado de Arizona (SHIP) es un programa estatal que recibe dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito sobre seguros de salud locales a las personas con Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME	1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	711
ESCRIBE	<p>Programa de asistencia de seguro médico del estado de Arizona de la División de Servicios para Ancianos y Adultos del DES 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007</p>
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración de divulgación de la PRA Según la Ley de reducción del papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la 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, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, a la atención de: Oficial de autorización de informes de PRA, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Aviso de no discriminación

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). Gold Kidney Health Plan no excluye a las personas ni las trata de manera diferente basándose en cuestiones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicio al Cliente llamando al 1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Si usted cree que Gold Kidney Health Plan no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra forma sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género), puede presentar una queja a:

Gold Kidney Health Plan — Appeals & Grievances
P.O. Box 14050, Scottsdale, Arizona, 85267
1 (844) 294-6535 (TTY 711)
Fax: 1 (866) 515-7869

Usted puede presentar una queja en persona, por correo postal o por fax. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al 1 (844) 294-6535 (TTY 711).

Usted puede presentar también una queja de derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, en forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1 (800) 368-1019, 1 (800) 537-7697 (TDD)

Hay formularios de quejas disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1 (844) 294-6535**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1 (844) 294-6535**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费~~的~~翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1 (844) 294-6535**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1 (844) 294-6535**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1 (844) 294-6535**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1 (844) 294-6535**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1 (844) 294-6535** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1 (844) 294-6535**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1 (844) 294-6535** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1 (844) 294-6535**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1 (844) 294-6535**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1 (844) 294-6535** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1 (844) 294-6535**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1 (844) 294-6535**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1 (844) 294-6535**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1 (844) 294-6535**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1 (844) 294-6535** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestros planes o si desea inscribirse, llame al:

1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Horas de operación

Del 1 de octubre al 31 de marzo, de

8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto Acción de Gracias y Navidad)

Del 1 de abril al 30 de septiembre, de

8 a.m. a 8 p.m., hora local, de lunes a viernes

(excepto festivos)

www.goldkidney.com

Gold Kidney Health Plan P.O. Box 14050, Scottsdale, AZ 85267



No ofrecemos todos los planes disponibles en su área. Cualquier información que proporcionemos se limita a los planes que ofrecemos en su área. Comuníquese con Medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE para obtener información sobre todas sus opciones.

Los beneficios mencionados son parte de un programa suplementario especial para los enfermos crónicos. No todos los miembros reúnen los requisitos.

Los proveedores fuera de la red o no contratados no tienen la obligación de tratar a los miembros del plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de servicio al cliente o consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información, incluidos los costos compartidos que se aplican a los servicios fuera de la red.

Gold Kidney Health Plan, Inc., es un C-SNP de HMO-POS, HMO-MA y HMO-POS con un contrato de Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.