



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

2025

Gold Kidney Health Plan

Evidencia de cobertura

Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS)

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025

Evidencia de cobertura:

Sus beneficios y servicios de salud de Medicare y cobertura de medicamentos con receta como miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS)

Este documento le ofrece detalles acerca de su cobertura de cuidado de la salud y de medicamentos con receta de Medicare del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 para obtener más información. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). La fecha es del 1 de octubre al 31 de marzo: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para el Día de Acción de Gracias y Navidad (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil) del 1 de abril al 30 de septiembre: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en todas las zonas horarias para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para sábados, domingos y días festivos federales (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil. Esta llamada es gratuita.

Este plan, Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), es ofrecido por Gold Kidney Health Plan. Cuando en esta *Evidencia de cobertura* se mencionen las palabras “nosotros”, “nos” o “nuestro”, se refiere a Gold Kidney Health Plan. Cuando se menciona “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Gold Kidney of Arizona Gold Advantage [HMO-POS]).

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

Los beneficios, las primas, el deducible o los copagos o el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2026.

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

En este documento se explican sus beneficios y derechos. Utilice este documento para comprender lo siguiente:

- 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 comunicarse con nosotros si necesita más ayuda.
- Y otras protecciones requeridas por la ley de Medicare.

Tabla de contenidos**Evidencia de cobertura para 2025****Tabla de contenidos**

CAPÍTULO 1: Comenzar como miembro	5
SECCIÓN 1 Introducción	6
SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser elegible como miembro del plan?	7
SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados a la membresía	8
SECCIÓN 4 Sus costos mensuales para Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).....	10
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual	14
SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía al plan	17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	18
CAPÍTULO 2: Números telefónicos y recursos importantes	20
SECCIÓN 1 Contactos de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros).....	21
SECCIÓN 2 Medicare (cómo obtener ayuda e información directamente del programa federal Medicare).....	26
SECCIÓN 3 Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (ayuda, información y respuestas a sus preguntas gratuitas sobre Medicare).....	28
SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad	29
SECCIÓN 5 Seguro Social	29
SECCIÓN 6 Medicaid	30
SECCIÓN 7 Información sobre programas para ayudar a las personas a pagar sus medicamentos con receta	31
SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.....	35
SECCIÓN 9 ¿Tiene usted seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?.....	35
CAPÍTULO 3: Cómo usar el plan para sus servicios médicos	37
SECCIÓN 1 Información que debe conocer acerca de cómo obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan.....	38
SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir su atención médica.....	40
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando se presenta una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre.....	46
SECCIÓN 4 Qué ocurre si recibe una factura por el costo total de los servicios cubiertos.....	49

Tabla de contenidos

SECCIÓN 5	Cómo se cubren sus servicios médicos si usted participa en un estudio de investigación clínica.....	49
SECCIÓN 6	Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud.....	52
SECCIÓN 7	Normas para la propiedad de equipo médico duradero	53
CAPÍTULO 4: <i>Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)</i>		55
SECCIÓN 1	Explicación de los gastos de bolsillo para servicios cubiertos	56
SECCIÓN 2	Utilice la <i>Tabla de Beneficios Médicos</i> para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar	57
SECCIÓN 3	¿Qué servicios no están cubiertos por el plan?	128
CAPÍTULO 5: <i>Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D</i>		131
SECCIÓN 1	Introducción	132
SECCIÓN 2	Surta sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo del plan	132
SECCIÓN 3	Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan	136
SECCIÓN 4	Existen restricciones en la cobertura de algunos medicamentos	139
SECCIÓN 5	¿Qué sucede si uno de sus medicamentos no está cubierto en la forma que a usted le gustaría?	140
SECCIÓN 6	¿Qué sucede si cambia la cobertura de uno de sus medicamentos?	143
SECCIÓN 7	¿Qué tipos de medicamentos <i>no</i> están cubiertos por el plan?.....	146
SECCIÓN 8	Surtir una receta	147
SECCIÓN 9	Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales	148
SECCIÓN 10	Programas de seguridad y manejo de medicamentos	150
CAPÍTULO 6: <i>Lo que usted paga por sus medicamentos con receta de la Parte D</i>		153
SECCIÓN 1	Introducción	154
SECCIÓN 2	Lo que usted paga por un medicamento dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre cuando obtenga el medicamento	157
SECCIÓN 3	Le enviamos informes que explican los pagos de sus medicamentos y en qué etapa de pago se encuentra usted.....	157
SECCIÓN 4	No hay deducible para Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).....	159
SECCIÓN 5	Durante la Etapa de Cobertura Inicial, el plan paga la parte del costo que le corresponde de sus medicamentos y usted paga su parte.....	159

Tabla de contenidos

SECCIÓN 6	Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D	165
SECCIÓN 7	Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las obtenga.....	165
CAPÍTULO 7: <i>Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos</i>		168
SECCIÓN 1	Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos.....	169
SECCIÓN 2	Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido	171
SECCIÓN 3	Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no	172
CAPÍTULO 8: <i>Sus derechos y responsabilidades</i>		173
SECCIÓN 1	Nuestro plan debe respetar sus derechos y conciencia cultural como miembro del plan	174
SECCIÓN 2	Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan.....	181
CAPÍTULO 9: <i>Qué debe hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)</i>		183
SECCIÓN 1	Introducción	184
SECCIÓN 2	Dónde obtener más información y asistencia personalizada	185
SECCIÓN 3	¿Qué proceso debe aplicar para resolver su problema?	185
SECCIÓN 4	Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones.....	186
SECCIÓN 5	Su atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de una decisión de cobertura	190
SECCIÓN 6	Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.....	198
SECCIÓN 7	Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto	210
SECCIÓN 8	Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos, si considera que su cobertura termina demasiado pronto	215
SECCIÓN 9	Cómo llevar su apelación al Nivel 3 y más allá.....	220
SECCIÓN 10	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	223
CAPÍTULO 10: <i>Cómo finalizar su membresía al plan</i>		227
SECCIÓN 1	Introducción a la finalización de su membresía a nuestro plan	228

Tabla de contenidos

SECCIÓN 2	¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?	228
SECCIÓN 3	¿Cómo finalizar su membresía a nuestro plan?	231
SECCIÓN 4	Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar recibiendo sus artículos médicos, servicios y medicamentos a través de nuestro plan	232
SECCIÓN 5	Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) debe finalizar su membresía al plan en determinadas situaciones.....	232
CAPÍTULO 11:	<i>Avisos legales</i>	234
SECCIÓN 1	Aviso sobre la ley aplicable	235
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación.....	235
SECCIÓN 3	Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare	235
CAPÍTULO 12:	<i>Definiciones de términos importantes</i>	236

CAPÍTULO 1:

Comenzar como miembro

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1	Usted está inscrito en Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), que es un Plan de Punto de Servicio de Medicare HMO
--------------------	--

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido obtener su cuidado de la salud y su cobertura de medicamentos con receta de Medicare mediante nuestro plan, Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS). Estamos obligados a cubrir todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso de proveedores en este plan difieren de Original Medicare.

Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) es un Plan Medicare Advantage HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO, en inglés]) con una opción de fuera de la red aprobada por Medicare y administrada por una empresa privada. El Punto de Servicio significa que puede utilizar proveedores fuera de la red del plan. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre cómo utilizar la opción de Punto de Servicio).

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

Sección 1.2	¿Qué incluye el documento de <i>Evidencia de cobertura</i>?
--------------------	--

En este documento de *Evidencia de Cobertura*, se le informa cómo puede obtener atención médica y medicamentos con receta. En este documento se explican sus derechos y responsabilidades, lo que está cubierto, lo que paga como miembro del plan y cómo presentar una queja si no está conforme con una decisión o un tratamiento.

Los términos *cobertura* y *servicios cubiertos* hacen referencia a la atención médica y a los servicios y medicamentos con receta disponibles para usted como miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).

Es importante que se informe sobre las reglas del plan y sobre qué servicios están disponibles para usted. Le sugerimos que se tome un momento para familiarizarse con este documento de *Evidencia de cobertura*.

Si algo es confuso, tiene una inquietud o simplemente quiere hacer alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

Capítulo 1 Comenzar como miembro**Sección 1.3 Información legal acerca de la *Evidencia de cobertura***

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) cubre su atención. Las demás partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* y los avisos que usted recibe de nosotros acerca de cambios a su cobertura o condiciones que afectan su cobertura. Estos avisos a veces se llaman *cláusulas adicionales o enmiendas*.

El contrato tiene vigencia durante los meses en que usted esté inscrito en Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) entre el 1 de enero de 2025 y el 31 de diciembre de 2025.

Cada año natural, Medicare nos permite hacer cambios en los planes que ofrecemos. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) después del 31 de diciembre de 2025. También podemos optar por dejar de ofrecer el plan en su área de servicio, después del 31 de diciembre de 2025.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) cada año. Puede seguir recibiendo cada año la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan siempre que decidamos seguir ofreciéndolo y siempre que Medicare renueve su aprobación del plan.

SECCIÓN 2 ¿Cuáles son los requisitos para ser elegible como miembro del plan?**Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad**

Puede ser elegible para obtener la membresía a nuestro plan siempre que:

- tiene Medicare Parte A y Medicare Parte B;
- -- y -- Viva en nuestra área geográfica de servicio (en la Sección 2.2 a continuación, se detalla nuestra área de servicio). Las personas encarceladas no se consideran residentes del área geográfica de servicio, incluso si se encuentran físicamente en ella.
- -- y -- es ciudadano estadounidense o reside legalmente en los Estados Unidos;

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

Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) está disponible solo para las personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para continuar siendo miembro de nuestro plan, debe seguir residiendo en el área de servicio del plan. A continuación, se describe el área de servicio.

Capítulo 1 Comenzar como miembro

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

Si planea mudarse a un área fuera de nuestra área de servicio, no podrá seguir siendo miembro de este plan. Comuníquese con Servicios para Miembros para saber si tenemos un plan en el área donde se haya mudado. Cuando se mude, contará con un Período Especial de Inscripción durante el cual podrá 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 de 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 Ciudadanía estadounidense o residencia legal en los Estados Unidos

Un miembro de un plan de salud de Medicare debe ser ciudadano estadounidense o residir legalmente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) informará a Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) si usted no reúne los requisitos para seguir siendo miembro por este motivo. Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes que recibirá relacionados a la membresía

Sección 3.1 Su tarjeta de membresía del plan

Mientras sea miembro de nuestro plan, debe usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba servicios cubiertos por este plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. Además, deberá mostrar al proveedor su tarjeta de Medicaid, si corresponde. Este es un modelo de tarjeta de membresía para que vea cómo será la suya:

MEMBER NAME		GOLD KIDNEY HEALTH PLAN		IN AN EMERGENCY CALL 911 OR GO TO THE NEAREST ER	
JOHN SMITH		Gold Advantage (HMO-POS) H4869-005		CUSTOMER/PROVIDER SUPPORT (844) 294-6535 (TTY 711)	
MEMBER ID 80010001		EFFECTIVE DATE: 1/1/2025		ELECTRONIC CLAIMS SUBMISSION PAYER ID: #A6865 Claims Submission Gold Kidney Health Plan ATTN: CLAIMS P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802	
HEALTH PLAN (80840)		INN OON		PHARMACY HELP DESK & CLAIMS (888) 672-7206 (TTY 711)	
		PCP: \$0 \$0		MedImpact Healthcare Systems, Inc. P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108	
		SPEC: \$15 \$15		AUTHORIZATION/HOSPITALIZATION Fax: (866) 515-7869 Phone: (844) 294-6535	
		UrgCare: \$45 \$45		FLEX BENEFIT, GOLD PERKS (888) 991-0040	
		ER: \$135 \$135			
		RXBIN: 015574			
		RXPCN: ASPROD1			
		RXGRP: GLD01			
24 HOUR URGENT ADVICE LINE (888) 930-0777		www.goldkidney.com			

NO utilice su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si utiliza su tarjeta de Medicare en lugar de su tarjeta de

Capítulo 1 Comenzar como miembro

membresía de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), es posible que tenga que pagar el costo completo de los servicios médicos de su bolsillo. Guarde su tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Es posible que le soliciten mostrar su tarjeta si necesita servicios hospitalarios o de hospicio, o si necesita participar en estudios de investigación clínica, también denominados ensayos clínicos, aprobados por Medicare.

En caso de que se rompa o se pierda su tarjeta de membresía o que la roben, llame a Servicios para Miembros inmediatamente y le enviaremos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 El Directorio de Proveedores

En el *Directorio de Proveedores* se indican nuestros proveedores de la red y los proveedores de equipo médico duradero actuales. Los **proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de cuidado de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de cuidado de la salud que tienen un contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Su plan tiene una opción de Punto de Servicio (POS, en inglés). La opción Punto de Servicio (POS, en inglés) es un beneficio adicional que cubre los servicios médicamente necesarios que puede obtener de proveedores fuera de la red, y también le permite ver proveedores fuera de la red al mismo costo compartido que los proveedores dentro de la red. Consulte el Capítulo 3 para obtener más información sobre los beneficios de Punto de Servicio (POS, en inglés).

Puede encontrar una lista actualizada de proveedores y vendedores en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/provider-search/.

Si no tiene una copia del *Directorio de Proveedores*, puede solicitar una (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros. Las solicitudes de *Directorios de Proveedores* en formato impreso se le enviarán por correo en un plazo de tres días hábiles.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de Farmacias* www.goldkidney.com/pharmacy-info/ se enumeran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son todas las farmacias que aceptaron surtir las recetas médicas cubiertas para los miembros de nuestro plan. En el *Directorio de Farmacias* puede encontrar la farmacia de la red que desee utilizar. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede acudir a farmacias que no están en la red del plan.

Si no tiene el *Directorio de Farmacias*, puede obtener una copia a través de Servicios para Miembros. También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/pharmacy-info/.

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

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. Para abreviar, la llamamos “Lista de Medicamentos”. En esta se indica qué medicamentos con receta de la Parte D están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS). Los medicamentos de esta lista son seleccionados por el plan con la ayuda de un equipo de médicos y farmacéuticos. La lista debe cumplir con los requisitos establecidos por Medicare. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).

En la lista de medicamentos, también se indicará si existen reglas que restrinjan la cobertura de sus medicamentos.

Le entregaremos 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 para Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS)

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (sección 4.3)
- Cantidad de ajuste mensual relacionada con los ingresos (Sección 4.4)
- Monto del Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare (Sección 4.5)

Las primas de Medicare Parte B y Parte D varían para personas con ingresos diferentes. Si tiene alguna pregunta sobre estas primas, revise su copia del manual *Medicare y Usted 2025*, la sección denominada *Costos de Medicare para 2025*. Si necesita una copia, puede descargarla desde el sitio web de Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you). O bien, puede solicitar una copia impresa por teléfono al 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 4.1 Prima del plan

Usted no paga una prima mensual separada por el plan Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).

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

Debe seguir pagando las primas de Medicare para mantener la membresía al 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 son elegibles para la Parte A sin prima.

Como miembro de este plan, Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) reducirá su prima mensual de la Parte B de Medicare a \$55. La reducción es establecida por Medicare y administrada a través de la Administración del Seguro Social (SSA, en inglés). Según como pague su prima de la Parte B de Medicare, su reducción se puede acreditar en su cheque del Seguro Social o en su estado de cuenta de la prima de la Parte B de Medicare.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía en la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** en la Parte D. La multa por inscripción tardía en la Parte D es una prima adicional que se debe pagar por la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que haya finalizado su período de inscripción inicial, existe un período de 63 días consecutivos o más en el que no tuvo la Parte D ni otra cobertura válida de medicamentos con receta. La cobertura válida de medicamentos con receta es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta. Usted deberá pagar la multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), le informamos el monto de la multa.

Usted **no** deberá pagar si ocurren las siguientes situaciones:

- Recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar sus medicamentos con receta.
- Ha pasado menos de 63 días consecutivos sin una cobertura válida.
- Ha tenido cobertura válida de medicamentos a través de otra fuente, como un antiguo empleador, un sindicato, TRICARE o el Departamento de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés). Su aseguradora o el Departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura de medicamentos es una cobertura válida. Esta información se le puede enviar en una carta o incluirse en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, ya que podría necesitarla para inscribirse posteriormente en un plan de medicamentos de Medicare.
 - **Nota:** El aviso debe indicar que tenía una cobertura válida de medicamentos con receta que se esperaba que pagase el mismo monto que el plan de medicamentos con receta estándar de Medicare.

Capítulo 1 Comenzar como miembro

- **Nota:** Lo detallado a continuación *no* forma parte de una cobertura válida de medicamentos con receta: tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratuitas y sitios web de descuentos en medicamentos.

Medicare determina el monto de la multa. Funciona de la siguiente manera:

- Si transcurren 63 días o más sin tener la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta después de que, inicialmente, usted era elegible para inscribirse en la Parte D, el plan contará la cantidad de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes que no tuvo cobertura válida. Por ejemplo, si estuvo 14 meses sin cobertura, la multa será del 14%.
- Después, Medicare determina la cantidad de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en el país del año anterior. Para 2025, la cantidad de prima promedio es de \$36.78.
- Para calcular su multa mensual, multiplique el porcentaje de la multa y la prima mensual promedio y redondéela a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería el 14% de \$36.78, lo que equivale a \$5.1492. Este monto redondeado es \$5.10. Este monto se agregaría **a la prima mensual para alguien con una multa por inscripción tardía en la Parte D.**

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

- Primero, **la multa puede cambiar todos los años**, porque la prima mensual promedio puede variar todos los años.
- Segundo, **usted seguirá pagando la multa** todos los meses durante todo el tiempo que esté inscrito en un plan que tenga beneficios de medicamentos de Medicare Parte D, incluso si cambia de planes.
- Tercero, si tiene menos de 65 años y actualmente recibe los beneficios de Medicare, la multa por inscripción tardía en la Parte D se restablecerá cuando cumpla los 65 años. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía en la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial para adultos en Medicare.

Si no está de acuerdo con su multa por inscripción tardía en 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. No obstante, en caso de que haya estado pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, es posible que no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de la 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 (IRMAA, en inglés) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal como aparece en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) de hace dos años. Si este monto supera una determinada cantidad, usted pagará la prima estándar y el Monto de Ajuste Mensual relacionado con los Ingresos (IRMAA, en inglés) adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que podría tener que pagar según sus ingresos, visite <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

Si debe pagar un monto adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le informará cuál será ese monto adicional. El monto adicional se deducirá de su Seguro Social, de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios o de su cheque de beneficios de la Oficina de administración del personal, independientemente de la manera en que usted pague por lo general su 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, usted recibirá una factura de Medicare. **Debe pagar el monto adicional al gobierno. No puede pagarse con la prima mensual de su plan. Si usted no paga el monto adicional, se cancelará su inscripción en el plan y perderá la cobertura de medicamentos con receta.**

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

Sección 4.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, cada mes pagará la prima de su plan (si tiene una) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagarle a la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por los medicamentos con receta que obtiene, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que quedan en el año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 se brinda información sobre el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o una apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual

Sección 5.1	Si debe pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D, puede hacerlo de varias maneras
--------------------	--

Existen tres maneras en las que puede pagar la multa.

Opción 1: Pago con cheque

Puede pagar con cheque utilizando la factura de cobro y el sobre de devolución que le enviaremos. Si elige esta opción, su factura se genera antes del día 10 de cada mes y el pago de su multa por inscripción tardía en la Parte D vence el primer día del mes siguiente.

Su multa por inscripción tardía en la Parte D vence mensualmente. Asegúrese de seguir estos pasos para que no haya demoras en el procesamiento de sus pagos:

- Haga su cheque a nombre de “Gold Kidney Health Plan”. Los cheques deben pagarse a “Gold Kidney Health Plan” y no a Medicare, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) ni el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés). También puede hacer un giro postal si no tiene una cuenta corriente.
- Incluya la factura de cobro junto con su pago y utilice el sobre de respuesta proporcionado.
 - Si no utiliza el sobre de respuesta, envíe su pago a la siguiente dirección: Gold Kidney of Arizona, Inc., ATTN: Plan Premiums, P.O. Box 285, Portsmouth, NH, 03802
 - Escriba su número de identificación de miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) en su cheque. Su número de identificación de miembro se encuentra en su tarjeta de identificación o carta de confirmación de inscripción.

Opción 2: Deducción de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

Puede debitar la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago.

La deducción de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios puede tardar dos meses o más en comenzar después de que la Junta aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios acepta su pedido de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios de la Junta incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones. Si la Junta de

Capítulo 1 Comenzar como miembro

Jubilación de Empleados Ferroviarios no aprueba su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.

Opción 3: Pago mediante transferencia automática de fondos desde su cuenta bancaria

Puede hacer que el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D se transfiera automáticamente desde su cuenta bancaria. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago.

Opción 4: Pago con tarjeta de crédito

Puede hacer que el monto de la multa por inscripción tardía en la Parte D se pague automáticamente con su tarjeta de crédito. Comuníquese con Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para obtener más información sobre cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago.

Opción 5: Deducción de la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede debitar la multa por inscripción tardía en la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social. Comuníquese con Servicios para Miembros para obtener más información sobre cómo pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D de esta manera. Nos complacerá ayudarlo a establecer esta forma de pago. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

La deducción del Seguro Social puede tardar dos meses o más en comenzar después de que el Seguro aprueba la deducción. En la mayoría de los casos, si el Seguro Social acepta su solicitud de deducción automática, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro incluirá todas las primas desde la fecha de vigencia de la inscripción hasta el momento en que comienzan las retenciones. Si el Seguro Social no aprueba su pedido de deducción automática, le enviaremos una factura impresa para sus primas mensuales.

Cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía en la Parte D. Si decide cambiar la opción en que paga la multa por inscripción tardía en la Parte D, es posible que deba esperar hasta tres meses para que su nuevo método de pago entre en vigencia. Mientras procesamos su solicitud de un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de pagar a tiempo la multa por inscripción tardía en la Parte D. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para Miembros. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros están impresos en la contraportada de este cuadernillo).

Capítulo 1 Comenzar como miembro

Qué hacer si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D

Su multa por inscripción tardía en la Parte D vence en nuestra oficina el primer día de cada mes. En caso de que a usted se le exija el pago de una multa por inscripción tardía en la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura de medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar a tiempo la multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, comuníquese con Servicios para Miembros para ver si podemos recomendarle programas que le ayuden a pagar sus costos.

Si cree que pusimos fin a su membresía por error, usted puede presentar una queja (también denominada reclamo); Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo presentar una queja. Si se presentó una emergencia que estuvo fuera de su control y que no le permitió pagar su multa por inscripción tardía en la Parte D, si la adeuda, durante nuestro período de gracia, usted puede presentar una queja. Para las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. En la Sección 10 del Capítulo 9 de este documento se le informa cómo presentar una queja, o puede llamarnos al 1-844-294-6535 entre el 1 de octubre y el 31 de marzo: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para el Día de Acción de Gracias y Navidad (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil) del 1 de abril al 30 de septiembre: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en todas las zonas horarias para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para sábados, domingos y días festivos federales (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe realizar la solicitud antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 5.2 ¿Podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año?

No. No está permitido cambiar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si se realiza alguna modificación a la prima mensual del plan del año siguiente, se lo informaremos en septiembre, y el cambio entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, es posible que pueda dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si la adeuda, o que deba empezar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto podría suceder si, durante el transcurso del año, es elegible para el programa “Ayuda Adicional” o deja de serlo.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía en la Parte D y se vuelve elegible para obtener la “Ayuda Adicional” durante el año, usted podría dejar de pagarla.
- Si pierde la “Ayuda Adicional”, puede estar sujeto a la multa por inscripción tardía si cumple 63 días consecutivos o más sin la Parte D u otra cobertura válida de medicamentos con receta.

Capítulo 1 Comenzar como miembro

Puede obtener más información sobre el programa “Ayuda Adicional” en la Sección 7 del Capítulo 2.

SECCIÓN 6 Cómo mantener actualizado el registro de membresía al plan

Su registro de membresía contiene información de su formulario de inscripción e incluye su dirección y número de teléfono. En este se detalla su cobertura de plan específica incluido su proveedor de atención primaria.

Los médicos, hospitales, farmacéuticos y demás proveedores de la red del plan deben tener información correcta acerca de usted. **Estos proveedores de la red utilizan su registro de membresía para saber qué servicios y medicamentos están cubiertos y los montos de costos compartidos para usted.** Por eso, es muy importante que nos ayude a mantener actualizados sus datos.

Infórmenos sobre estos cambios:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de seguro médico que tenga (como la de su empleador, el empleador de su cónyuge, el Seguro de compensación para trabajadores o Medicaid).
- Si tiene cualquier reclamación por responsabilidad civil, como reclamaciones por accidentes de automóvil.
- Si ha sido admitido en un hogar de ancianos.
- Si recibe atención en un hospital o en una sala de emergencias fuera del área o fuera de la red.
- Si cambia la persona responsable designada (como su cuidador).
- 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 tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si se modifica alguno de estos datos, infórmenos al llamar a Servicios para Miembros.

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o si cambia de 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 nos solicita que le pidamos información sobre cualquier otro seguro médico o cobertura 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 la lista de otras coberturas médicas o de medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea detenidamente esta información. Si es correcta, no tiene que 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 tenga que dar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (una vez que haya confirmado su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando usted tiene otro seguro (como la cobertura de salud grupal de su empleador), existen normas establecidas por Medicare que deciden si paga primero nuestro plan o su otro seguro. El seguro que paga primero se denomina “pagador principal” y paga hasta los límites de su cobertura. El seguro que paga segundo se denomina “pagador secundario”, y solo paga si hay costos que la cobertura principal no abonó. Puede que el pagador secundario no abone todos los costos que no fueron cubiertos. Si tiene otro seguro, dígaselo a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a la cobertura grupal en el plan de salud del empleador o el sindicato:

- Si tiene cobertura como jubilado, Medicare paga primero.
- Si la cobertura grupal en el plan de salud se basa en su empleo actual o en el de un miembro de su familia, quién paga primero depende de su edad, de la cantidad de personas que trabajan para su empleador y de si tiene Medicare por edad, discapacidad o enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés):
 - Si tiene menos de 65 años, tiene discapacidad y usted o un miembro de su familia sigue trabajando, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o al menos un empleador en un plan de múltiples empleadores tiene más de 100 empleados.
 - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge siguen trabajando, el plan médico grupal pagará primero si el empleador tiene 20 empleados o más, o si al menos un empleador de un plan de múltiples empleadores tiene más de 20 empleados.
- Si es beneficiario de Medicare por padecer una enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés), su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses a partir del momento en que sea elegible para Medicare.

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

- Seguro sin determinación de culpabilidad (incluido el seguro de automóvil)

Capítulo 1 Comenzar como miembro

- Seguro de responsabilidad (incluido el seguro de automóvil)
- Beneficios por neumoconiosis por pulmón negro
- Seguro de compensación para trabajadores

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

CAPÍTULO 2:

*Números telefónicos
y recursos importantes*

SECCIÓN 1 Contactos de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) (cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con Servicios para Miembros)

Cómo comunicarse con Servicios para Miembros de nuestro plan

Para obtener asistencia con reclamaciones, facturación o consultas por la tarjeta de membresía, llame o escriba a Servicios para Miembros de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS). Nos complacerá ayudarle.

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAME AL	<p>Llame al número gratuito 1-844-294-6535; TTY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención:</p> <ul style="list-style-type: none">• Del 1 de octubre al 31 de marzo: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para el Día de Acción de Gracias y Navidad (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil).• Del 1 de abril al 30 de septiembre: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en todas las zonas horarias para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para sábados, domingos y días festivos federales (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil). <p>Siempre puede dejar un correo de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
FAX	(866) 547-1920
ESCRIBA A	Gold Kidney Health Plan PO BOX 285 Portsmouth NH 03802 GKMemberServices@goldkidney.com
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**Cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura, o sobre el monto que pagaremos por sus servicios médicos o sus medicamentos con receta de la Parte D. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. Para obtener más información sobre cómo solicitar decisiones de cobertura o apelaciones sobre su atención médica o sus 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 relacionadas con la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con la atención médica: 1-844-294-6535; TTY: 711</p> <p>Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D: 1-888-672-7206; TTY: 711</p> <p>Las llamadas a estos números son gratuitas. Horario de atención:</p> <p>Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con la atención médica:</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 interactivos de respuesta de voz se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los sistemas interactivos de respuesta de voz se pueden utilizar los sábados, domingos y días festivos federales. <p>Siempre puede dejar un correo de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D:</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>Servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablen inglés.</p>

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
FAX	Decisiones de cobertura y apelaciones relacionadas con la atención médica: 1-866-515-7869 Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D: 1-858-790-7100 (decisiones de cobertura) 1-858-790-6060 (apelaciones)	
ESCRIBA A	Atención médica: Decisiones de cobertura: Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Medical Coverage Decisions P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 Apelaciones: Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Appeals P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802	Parte D: Decisiones de cobertura: MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Prior Authorization Department 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131 Apelaciones: MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Appeals Department 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
SITIO WEB	www.goldkidney.com	

Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja acerca de su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o uno de nuestros proveedores o farmacias de la red, lo que incluye una queja sobre la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye las disputas respecto a la cobertura o los pagos. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja acerca de su atención médica o sus 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]*).

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas relacionadas con la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
LLAME AL	<p>Atención médica: 1-844-294-6535; TTY: 711</p> <p>Parte D: 1-888-672-7206; TTY: 711</p> <p>Las llamadas a estos números son gratuitas. Horario de atención:</p> <p>Atención médica:</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 interactivos de respuesta de voz se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los sistemas interactivos de respuesta de voz se pueden utilizar los sábados, domingos y días festivos federales. <p>Siempre puede dejar un correo de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Parte D:</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>Servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablen inglés.</p>
FAX	<p>Atención médica: 1-866-515-7869</p> <p>Parte D: 1-858-790-6060</p>
ESCRIBA A	<p>Atención médica: Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Grievances P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802</p> <p>Parte D: MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Grievances Department 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131</p>

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Quejas relacionadas con la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto
SITIO WEB DE MEDICARE	Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) directamente a Medicare. Para presentar una queja en línea a Medicare, vaya a www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

Dónde enviar una solicitud para pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de la atención médica o de un medicamento que usted ha recibido

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

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

Método	Solicitudes de Pago - Información de Contacto
LLAME AL	<p>Atención médica: 1-844-294-6535; TTY: 711 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 interactivos de respuesta de voz se pueden usar el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad. • Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. Los sistemas interactivos de respuesta de voz se pueden utilizar los sábados, domingos y días festivos federales. <p>Siempre puede dejar un correo de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p> <p>Parte D: 1-888-672-7206; TTY: 711 Horario de atención:</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

Método	Solicitudes de Pago - Información de Contacto
	Servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablen inglés. Las llamadas a estos números son gratuitas.
FAX	Atención médica: 1-480-716-7555 Parte D: 1-858-549-1569
ESCRIBA A	Atención médica: Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Member Reimbursement P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 Parte D: MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Claims (Reimbursements) P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108 Claims@Medimpact.com
SITIO WEB	www.goldkidney.com

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

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

La agencia federal que administra Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (a veces llamados “CMS”). Esta agencia contrata los servicios de organizaciones Medicare Advantage, lo cual incluye nuestra institución.

Método	Medicare - Información de Contacto
LLAME AL	1-800-MEDICARE, o 1-800-633-4227 Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Método	Medicare - Información de Contacto
SITIO WEB	<p data-bbox="479 304 730 346">www.medicare.gov</p> <p data-bbox="479 352 1404 609">Este es el sitio web oficial del gobierno para asuntos de Medicare. Brinda información actualizada acerca de Medicare y cuestiones actuales relacionadas con Medicare. Además, contiene información acerca de hospitales, hogares de ancianos, médicos, agencias de cuidado de la salud en el hogar y centros de diálisis. Incluye documentos que puede imprimir directamente desde su computadora. También puede encontrar contactos de Medicare en su estado.</p> <p data-bbox="479 619 1380 724">En el sitio web de Medicare también encontrará información detallada sobre su elegibilidad a Medicare y las opciones de inscripción con las siguientes herramientas:</p> <ul data-bbox="527 735 1404 1050" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="527 735 1404 819">• Herramienta de elegibilidad de Medicare: brinda información sobre el estatus de elegibilidad para Medicare. <li data-bbox="527 829 1404 1050">• Buscador de Planes Medicare: brinda información personalizada acerca de planes de medicamentos con receta de Medicare, planes de salud de Medicare y pólizas de Medigap (Seguro suplementario a Medicare) disponibles en su área. Estas herramientas proporcionan un <i>cálculo</i> de cuáles podrían ser sus gastos de bolsillo en diferentes planes de Medicare. <p data-bbox="479 1060 1315 1176">También puede utilizar el sitio web para comunicarle a Medicare cualquier queja que tenga sobre Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS):</p> <ul data-bbox="527 1186 1364 1480" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="527 1186 1364 1480">• Informe a Medicare sobre su queja: Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. Medicare toma sus quejas con seriedad y utilizará esta información para ayudar a mejorar la calidad del programa Medicare. <p data-bbox="479 1491 1404 1753">Si no tiene una computadora, vaya a su biblioteca o centro para la tercera edad local donde le ayudarán a consultar el sitio web desde sus computadoras. O bien, puede llamar a Medicare y decirles qué información está buscando. Buscarán 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 telefónicos y recursos importantes

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

El Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) es un programa gubernamental con asesores capacitados en cada estado. En Arizona, este programa se llama Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona.

El Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona es un programa estatal independiente (no vinculado a ninguna empresa de seguros ni a ningún plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal para ofrecer asesoramiento local gratuito sobre seguros de salud a los beneficiarios de Medicare.

Los asesores del Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona pueden ayudarle a conocer sus derechos de Medicare, a presentar quejas sobre su atención médica o tratamiento médico y a solucionar problemas con sus facturas de Medicare. Los asesores del Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona también pueden ayudarle si tiene preguntas o problemas con respecto a Medicare y ayudarle a entender sus opciones de planes Medicare y responder las preguntas que tenga acerca de un posible cambio de plan.

MÉTODO DE ACCESO AL PROGRAMA ESTATAL DE ASISTENCIA AL SEGURO MÉDICO (SHIP, EN INGLÉS) y OTROS RECURSOS:

- Visite <https://www.shiphelp.org> (Haga clic en SHIP LOCATOR [LOCALIZADOR DE SHIP] en el centro de la página)
- Seleccione su **STATE [ESTADO]** de la lista. Esto le llevará a una página con números de teléfono y recursos específicos para su estado.

Método	El Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona – Información de Contacto
LLAME AL	1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	711
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services Arizona State Health Insurance Assistance Program 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

SECCIÓN 4 Organización para el Mejoramiento de la Calidad

En cada estado, funciona una Organización para el Mejoramiento de la Calidad designada para brindar servicios a los beneficiarios de Medicare. En Arizona, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se llama Livanta.

Livanta cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por Medicare que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas con Medicare. Livanta es una organización independiente. No está asociada con nuestro plan.

Debe comunicarse con Livanta en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja por la calidad de la atención que ha recibido.
- Si considera que la cobertura de su hospitalización termina demasiado pronto.
- Si considera que la cobertura de su cuidado de la salud en el hogar, el cuidado en un centro de enfermería especializada o los servicios en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés) terminan demasiado pronto.

Método	Livanta (Organización para el Mejoramiento de la Calidad de Arizona) – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-588-1123 Horario de atención: De lunes a viernes, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora local); fines de semana/días festivos, 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
ESCRIBA A	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
SITIO WEB	https://livantaqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social es responsable de determinar la elegibilidad y gestionar la inscripción en Medicare. Los ciudadanos estadounidenses y los residentes legales permanentes de 65 años de edad o más, con discapacidades o que padezcan enfermedad renal terminal y cumplan con ciertas condiciones, son elegibles para tener Medicare. Si usted ya recibe cheques del Seguro Social, su

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

inscripción en Medicare es automática. Si no recibe cheques del Seguro Social, tiene que inscribirse en Medicare. Para solicitar Medicare, puede llamar al Seguro Social o acudir a la 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 al tener ingresos más altos. Si recibió una carta del Seguro Social en la que se le informa que debe pagar el monto adicional y usted tiene preguntas sobre la cantidad, o si sus ingresos se redujeron debido a un evento que cambió su vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

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

Método	Seguro Social – Información de Contacto
LLAME AL	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención 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 trámites las 24 horas del día.
TTY	1-800-325-0778 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención 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 mixto federal y estatal que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos. Algunas personas con Medicare también son elegibles para Medicaid. Los programas ofrecidos a través de Medicaid ayudan a los beneficiarios de Medicare a pagar sus gastos de Medicare, como las primas. Estos **Programas de Ahorro de Medicare** incluyen lo siguiente:

- **Beneficiarios de Medicare Elegibles (QMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare y otros costos compartidos (como deducibles, coseguros y copagos). (Algunas personas con el programa de Beneficiario de Medicare Elegible [QMB, en inglés] también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [QMB+, en inglés]).
- **Beneficiario Especificado de Bajos Ingresos de Medicare (SLMB, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunas personas con el programa de Beneficiario

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Especificado de Bajos Ingresos de Medicare [SLMB, en inglés] también son elegibles para los beneficios completos de Medicaid [SLMB+].

- **Persona Elegible (QI, en inglés):** ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores Discapacitados Elegibles (QDWI, en inglés):** 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, en inglés).

Método	Sistema de Contención de Costos de Atención Médica de Arizona (AHCCCS, en inglés) – Información de Contacto
LLAME AL	1-855-432-7587 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., (hora local)
TTY	1-800-842-6520 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar.
ESCRIBA A	801 E. Jefferson Street Phoenix, AZ 85034
SITIO WEB	www.azahcccs.gov

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

En el sitio web Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs>) se proporciona información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Para las personas con ingresos limitados, existen también otros programas de ayuda, que se describen a continuación.

Programa de “Ayuda adicional” de Medicare

Medicare brinda “Ayuda Adicional” para pagar los costos de los medicamentos con receta a personas que tienen ingresos y recursos limitados. Los recursos incluyen sus ahorros y acciones, pero no su casa ni su automóvil. Si usted califica, obtiene ayuda para pagar por cualquier prima mensual del Plan de Medicamentos Recetados de Medicare, el deducible anual y los copagos de las recetas médicas. Esta “Ayuda Adicional” también se tiene en cuenta para calcular sus gastos de bolsillo.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

Si es elegible automáticamente para recibir la “Ayuda Adicional”, Medicare le enviará una carta por correo. No tendrá que solicitarla. Si no cumple con los requisitos automáticamente, es posible que pueda obtener “Ayuda Adicional” para pagar las primas y los costos de sus medicamentos con receta. Para saber si es elegible para obtener la “Ayuda adicional”, llame a los siguientes números:

- 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 lunes a viernes, de 8 a. m. a 7 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778;
- O bien, la oficina de Medicaid de su estado. (Consulte la Sección 6 de este capítulo para obtener la información de contacto).

Si cree que es elegible para la “Ayuda adicional” y considera que está pagando una cantidad incorrecta de costos compartidos cuando adquiere sus medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para que solicite ayuda y obtenga evidencia de su nivel de copago adecuado o, si ya tiene dicha evidencia, para que nos las proporcione.

- Entre la documentación que demuestra que cumple con los requisitos para recibir “Ayuda Adicional” se incluye lo siguiente:
 - Una copia de su tarjeta de Medicaid en la que figure su nombre y la fecha en que comenzó a ser elegible para recibir la “Ayuda Adicional”. La fecha tiene que corresponder al mes de julio del año pasado o después.
 - Una carta de la Administración del Seguro Social en la que se demuestre que califica para recibir la “Ayuda Adicional”. Esta carta puede denominarse Información importante, Carta de concesión, Aviso de cambios o Aviso de acción. Carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que usted recibe Ingreso suplementario de seguridad. Si ese es el caso, también es elegible para recibir “Ayuda Adicional”.
 - Una copia de cualquier documento del estado o material impreso del sistema del estado que demuestre que su seguro de Medicaid está activo. La fecha activa indicada tiene que corresponder al mes de julio del año pasado o después.
 - Su estadía en el centro médico debe durar al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o la más reciente del año anterior.
 - Un estado de cuenta del centro que muestre el pago de Medicaid.
 - Una copia de cualquier documento del estado o material impreso del sistema del estado que demuestre que Medicaid realizó el pago por usted.
- Si primero muestra en la farmacia uno de los documentos mencionados anteriormente como comprobante, envíenos también una copia. Envíe el documento por correo a:

Gold Kidney Health Plan Inc.
ATTN: Enrollment
P.O. Box 285
Portsmouth, NH 03802

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

- Cuando recibamos la evidencia que demuestre su nivel de copago, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el copago correcto cuando obtenga su próximo medicamento con receta en la farmacia. Si paga de más por su copago, le reembolsaremos. Le enviaremos un cheque por la cantidad de lo que haya pagado de más o se lo descontaremos de futuros copagos. Si la farmacia no le ha cobrado el copago y le figura como deuda, podemos efectuar el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, es posible que le paguemos directamente al estado. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Servicios para Miembros.

¿Qué ocurre si tiene “Ayuda Adicional” y cobertura de un Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés)?**¿Qué es el Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés)?**

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

Nota: Para ser elegible para el Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés) que funciona en su estado, las personas deben cumplir con determinados criterios, lo que incluye la prueba de residencia en el estado y la condición de portador de VIH, tener bajos ingresos según lo definido por el estado, y la condición de no asegurado o subasegurado. Si cambia de plan, notifique a su encargado de inscripción local del Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés) para que pueda continuar recibiendo asistencia. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-334-1540.

Método	Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés) de Arizona: información de contacto
LLAME AL	1-800-334-1540
TTY	711
ESCRIBA A	Arizona Department of Health Services 150 N. 18th Avenue, Suite 110 Phoenix, AZ 85007-3233
SITIO WEB	https://www.azdhs.gov/preparedness/epidemiology-disease-control/disease-integration-services/index.php#aids-drug-assistance-program-enroll

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes**¿Qué es Arizona Rx Card?**

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

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

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una nueva opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, y puede ayudarle a administrar los costos de sus medicamentos dividiéndolos en **pagos mensuales que varían durante el año** (enero a diciembre). **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.** La “Ayuda Adicional” de Medicare y la ayuda de su Programa Estatal de Asistencia Farmacéutica (SPAP, en inglés) y Programa de Asistencia para Medicamentos del VIH (ADAP, en inglés), para aquellos que cumplan con los requisitos, tiene mayores beneficios que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros son elegibles para participar en esta opción de pago, independientemente de su nivel de ingresos, y todos los planes de medicamentos de Medicare y los planes de salud de Medicare con cobertura de medicamentos deben ofrecer esta opción de pago. Comuníquese con nosotros o visite Medicare.gov para averiguar si esta opción de pago es adecuada para usted.

Método	Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare: información de contacto
LLAME AL	Llame al número gratuito de MedImpact al 886-672-6706. TTY: 711 Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención: Las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

SECCIÓN 8 Cómo comunicarse con la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios

La Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios es una agencia federal independiente que administra programas integrales de beneficios para los trabajadores del ferrocarril de la nación y sus familias. Si recibe Medicare a través de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, es importante que les comunique si se muda o cambia de dirección postal. Si tiene preguntas sobre sus beneficios de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Método	Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios – Información de Contacto
LLAME AL	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Si presiona “0”, puede hablar con un representante de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, en inglés) de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Si presiona “1”, puede acceder a la Línea de ayuda automatizada de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios (RRB, en inglés) y a información grabada las 24 horas del día, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere equipos telefónicos especiales y es solo para personas con dificultades auditivas o para hablar. Las llamadas a este número <i>no</i> son gratuitas.
SITIO WEB	rrb.gov

SECCIÓN 9 ¿Tiene usted seguro grupal u otro seguro de salud de un empleador?

Si usted (o su cónyuge) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilación (o el de su cónyuge) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador/sindicato o a Servicios para Miembros si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de sus beneficios médicos, primas, o periodo de inscripción (o los de su cónyuge o pareja de hecho) del empleador o de jubilación. (Los números de teléfono de Servicios para Miembros se brindan al reverso de este documento). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227; TTY: 1-877-486-2048) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare en virtud de este plan.

Capítulo 2 Números telefónicos y recursos importantes

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

CAPÍTULO 3:

*Cómo usar el plan
para sus servicios médicos*

SECCIÓN 1 Información que debe conocer acerca de cómo obtener su cobertura de atención médica como miembro de nuestro plan

En este capítulo, se explican los conceptos que usted necesita conocer sobre cómo obtener cobertura de su plan para atención médica. Se proporcionan las definiciones de los términos y se explican las reglas que deberá cumplir para obtener tratamientos médicos, servicios, equipos, medicamentos con receta y otro tipo de atención médica cubiertos por el plan.

Para conocer los detalles sobre la atención médica que cubre nuestro plan y cuánto debe pagar cuando recibe dicha atención, use el cuadro de beneficios del siguiente capítulo, Capítulo 4, *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*.

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

- **Los proveedores** son los médicos y otros profesionales de la salud autorizados por el estado para proveer servicios y atención médica. El término proveedores también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- **Los proveedores de la red** son los médicos y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica bajo contrato con nosotros para aceptar nuestro pago y su suma del costo compartido como pago total. Estos proveedores han acordado prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan directamente la atención que le brindan a usted. Cuando tiene una consulta con un proveedor de la red, paga solo la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- **Los servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de cuidado de la salud, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica que le corresponden se indican en la tabla de beneficios del Capítulo 4. Sus servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2	Normas básicas para recibir atención médica cubierta por el plan
--------------------	---

Al ser un plan de salud de Medicare, Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y debe respetar las normas de cobertura de Original Medicare.

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

- **La atención médica que recibe esté incluida en la Tabla de Beneficios Médicos del plan** (esta tabla se encuentra en el Capítulo 4 de este documento).

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- **La atención que recibe sea considerada médicamente necesaria.** Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- **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.
 - Si decide salir de la red y utilizar la opción Punto de Servicio (POS, en inglés), comuníquese con el proveedor fuera de la red para determinar si lo tratarán fuera de la red y si aceptarán que nosotros realicemos el pago. No se requiere una remisión, pero se debe enviar un informe de la visita a su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés).
 - El plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted recibe de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y para saber qué significa emergencia o servicios de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.
 - Si necesita atención médica que Medicare exige que nuestro plan cubra, pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esta atención, puede recibir esta atención de un proveedor fuera de la red con los mismos costos compartidos que normalmente paga dentro de la red. Nuestro plan le permite consultar a proveedores fuera de nuestra red (proveedores no contratados) sin costo adicional. Sin embargo, el proveedor debe aceptar tratarlo y facturar al Plan por los servicios cubiertos. Excepto en situaciones de emergencia o urgencia, los proveedores no contratados pueden denegar la atención. En este caso, usted pagará lo mismo que hubiera pagado si hubiera recibido esta atención a través de un proveedor de la red. Para obtener información sobre cómo obtener la aprobación para ver a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4 en este capítulo.
 - El plan cubre servicios de diálisis renal de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre fuera del área de servicio del plan de manera provisional, o cuando su proveedor de este servicio no está disponible o usted no puede atenderse con este de manera provisional. Los costos compartidos que usted paga por diálisis en el plan nunca pueden exceder los costos compartidos en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicios del plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red del plan, sus costos compartidos no pueden exceder los costos compartidos que usted paga dentro de la red.

SECCIÓN 2 Utilice proveedores de la red del plan para recibir su atención médica

Sección 2.1 Debe elegir un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) para que le brinde atención médica y la supervise

Definición de proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) y qué tipo de servicios presta

Su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) Cuando usted se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un médico del plan para que sea su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés). Su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) es un proveedor que cumple con los requisitos del estado y está capacitado para brindarle atención médica básica. Usted recibirá su atención básica o de rutina a través de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés). Su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) también coordinará los demás servicios cubiertos que usted reciba como miembro de nuestro plan. Estas incluyen lo siguiente:

- Radiología (por ejemplo, radiografías o resonancias magnéticas [MRI, en inglés]).
- Pruebas de laboratorio.
- Terapias (por ejemplo, fisioterapia).
- Atención de médicos especialistas.
- Procedimientos para pacientes ambulatorios.
- Admisiones para internación hospitalaria (excepto cuando se trata de una emergencia; consulte la sección 3.1 de este capítulo).
- Atención de seguimiento después de una admisión para internación hospitalaria o procedimiento hospitalario.
- Y su visita anual de bienestar no es su examen físico anual.

“Coordinar” sus servicios incluye verificar o consultar con otros proveedores del plan sobre su atención médica y cómo está funcionando. En algunos casos, su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) deberá obtener una autorización previa (aprobación previa) de nosotros. Dado que el proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) será el que proveerá y coordinará su atención médica, deberá verificar que se hayan enviado sus historias clínicas al consultorio de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés). El Capítulo 8 le informa cómo protegeremos la privacidad de sus historias clínicas y la información personal de su salud.

¿Cómo elige usted a su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés)?

Si ya tiene un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés), verifique que su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) esté cubierto en la red Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) al revisar si aparece en el Directorio de Proveedores, que está disponible en www.goldkidney.com. Sin embargo, no tiene que elegir un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) que esté dentro de la red de Gold Kidney, pero si elige uno fuera de la red, el

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

médico debe estar dispuesto a verlo y facturar a Gold Kidney directamente por los servicios prestados. Incluya su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) en su formulario de inscripción o llame a Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para convertirlo oficialmente en su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés).

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

Cambiar su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés)

Puede cambiar de proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) por cualquier motivo, en cualquier momento. Además, es posible que su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) deje la red de proveedores de nuestro plan y usted puede elegir un nuevo proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) dentro de la red o verificar que lo tratarán fuera de la red. Muchos proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) están afiliados a un Grupo Médico o una Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) que incluye el acceso a una lista predefinida de especialistas y otros proveedores de cuidado de la salud. Si elige un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) de uno de estos Grupos Médicos/Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés), su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) le indicará que busque atención de este grupo de proveedores y hospital que actúan como una subred de proveedores.

Para cambiar de proveedor de atención primaria (PCP, en inglés), llame a Servicios para Miembros. Cuando llame, asegúrese de informarnos si recibe atención de especialistas o si recibe otros servicios cubiertos que necesitaban la aprobación de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) (como servicios de salud en el hogar y equipo médico duradero). Nuestro representante le ayudará a asegurarse de que, cuando cambie de proveedor de atención primaria (PCP, en inglés), pueda continuar recibiendo la atención de especialidad y otros servicios que haya estado recibiendo. También verificará que el proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) al que desea cambiarse esté aceptando pacientes nuevos.

Si desea elegir un nuevo proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) en el mismo grupo médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) asignado, su solicitud debe recibirse el último día del mes (por ejemplo, el 31 de marzo) o antes de este. Los cambios entrarán en vigencia el primer día del mes posterior a que hayamos recibido su solicitud (por ejemplo, el 1 de abril).


Si desea mantener su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) pero selecciona un nuevo Grupo Médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) con el que esté afiliado O desea cambiar tanto su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) como su Grupo Médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés):

- Las solicitudes recibidas el día 10 del mes (por ejemplo, el 10 de marzo) o antes, entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente (el 1 de abril).
- Las solicitudes recibidas después del día 10 del mes (por ejemplo, el 11 de marzo) entrarán en vigencia el primer día del otro mes (el 1 de mayo).

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) no está afiliado a un Grupo Médico/Asociación de Médicos Independientes (IPA, en inglés) específico, puede cambiar su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) en cualquier momento hasta el día 10 del mes para que entre en vigencia el día 1 del mes siguiente.

Sección 2.2	Qué tipos de atención médica puede recibir sin obtener la aprobación por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés)
--------------------	--

- Cuidado de la salud de rutina para la mujer, que incluye exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de las mamas), pruebas de Papanicolaou y tactos vaginales.
- Inyecciones contra la gripe (o vacunas), vacunas contra la COVID-19, contra la hepatitis B y contra la neumonía.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Servicios de urgencia cubiertos por el plan, que son servicios que requieren atención médica inmediata y que no son emergencias, siempre que usted se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan, o que no sea razonable, dado el momento, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan contrata. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.
- Servicios de diálisis renal que usted obtenga de un centro de diálisis autorizado por Medicare cuando se encuentre temporalmente fuera del área de servicio del plan. Si es posible, comuníquese con Servicios para Miembros antes de abandonar el área de servicio para que podamos ayudarle a organizar una diálisis de mantenimiento mientras se encuentra fuera del área.
- Servicios quiroprácticos cubiertos por Medicare.
- Servicios de salud mental y abuso de sustancias para pacientes ambulatorios.
- Todos los servicios preventivos. 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 cuidado de la salud para una enfermedad específica o una parte del cuerpo específica. Existen muchas clases de especialistas. Los siguientes son algunos ejemplos:

- Oncólogos: atienden a pacientes con cáncer.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Cardiólogos: atienden a pacientes con afecciones del corazón.
- Traumatólogos: atienden a pacientes con ciertas afecciones de los huesos, las articulaciones o los músculos.

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red

Cuando su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) considera que usted necesita tratamiento especializado, le dará una remisión para ver a un especialista o a ciertos otros proveedores que estén en la red del Plan o que no lo estén. Si bien no es necesario, es importante obtener una remisión por adelantado de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) antes de que consulte a un especialista o a algún otro proveedor para que sepan qué atención está buscando.

Si el especialista quiere que reciba atención en un hospital, centro de cirugía para pacientes ambulatorios u otro centro, pídale que verifique si se necesita una autorización previa. Si el servicio requiere una autorización previa, su proveedor debe presentarnos una solicitud de autorización previa para su revisarla y aprobarla antes de que se pueda prestar la atención. Para obtener información sobre los servicios que requieren una autorización previa, consulte el Capítulo 4, Sección 2.1. Si regresa para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la autorización que recibió siga siendo válida.

Si hay especialistas específicos que desea consultar que no están en la red, puede ver a estos especialistas para consultas en el consultorio si el proveedor está dispuesto a brindarle servicio y facturar a Gold Kidney por la atención brindada. Los proveedores no contratados pueden negarse a aceptarlo como paciente.

- La selección de un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) puede resultar en limitaciones a especialistas u hospitales específicos que su antiguo proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) utilizó para las derivaciones.

¿Qué ocurre si un especialista u otro proveedor de la red se retira de nuestro plan?

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

- Si bien nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que le brindemos acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de seleccionar un nuevo proveedor.
 - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja nuestro plan, le notificaremos si ha visto a ese proveedor en los últimos tres años.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

- Si cualquiera de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si tiene el proveedor asignado, si actualmente recibe atención de él o si lo ha visto en los últimos tres meses.
- Le ayudaremos a seleccionar un nuevo proveedor calificado dentro de la red al que pueda acceder para recibir atención continua.
- Si usted se encuentra en tratamiento médico o terapias con su proveedor actual tiene el derecho a solicitar que el tratamiento médicamente necesario que usted obtiene no se vea interrumpido y trabajaremos con usted para asegurarnos de que esto no suceda.
- Le proporcionaremos información sobre los diferentes períodos de inscripción disponibles para usted y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Haremos los arreglos para cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero con costos compartidos dentro de la red, cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas. Antes de recibir atención para cuestiones que requieren autorización, como cirugía o atención para pacientes internados, se debe obtener la autorización del plan.
- Si se entera de que su médico o especialista va a dejar su plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarle a encontrar un proveedor nuevo que gestione su atención.
- Si cree que no le asignamos un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que no se está gestionando su atención de forma adecuada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés), un reclamo sobre la calidad de la atención al plan o ambas. Consulte el Capítulo 9.

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

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 autorización previa para obtener atención en un centro y, en la mayoría de los casos, su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) puede ayudarle a obtener la autorización más rápidamente.
- Si decide acudir a servicios fuera de la red para consultar a un especialista mediante la opción Punto de Servicio (POS, en inglés), comuníquese 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 proveedor de atención primaria (PCP, en inglés).
- Deberá trabajar con su médico para obtener autorización previa antes de servicios de internación, cirugía, quimioterapia y algunos otros servicios especializados.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si decide acudir a servicios fuera de la red mediante la opción de Punto de Servicio (POS, en inglés), el proveedor fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los términos y las condiciones del pago del plan.

Nunca se requiere una remisión o autorización previa para la atención de emergencia, la atención de urgencia y la diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) que están temporalmente fuera del área de servicio, y siempre pagará los costos compartidos de su red en estos casos.

O si un proveedor fuera de la red le envía una factura que usted considera que nosotros debemos pagar, comuníquese con Servicios para Miembros o envíenosla para que la paguemos. Le pagaremos al médico la parte de la factura que nos corresponde y es posible que el médico le facture a usted la cantidad que debe, si corresponde.

Los proveedores fuera de la red que aceptan Medicare no pueden facturar más de lo permitido por Original Medicare. Lo mejor es pedir a un proveedor fuera de la red que nos facture primero a nosotros, pero si usted ya pagó los servicios cubiertos, le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde. (Tenga en cuenta que no podemos pagar por servicios de urgencia o de emergencia a un proveedor que ha optado por no participar en el programa Medicare. Consulte con su proveedor antes de recibir los servicios para confirmar que no haya optado por dejar de participar en Medicare). Si posteriormente determinamos que los servicios no están cubiertos o no eran necesarios por razones médicas, podemos denegar la cobertura y usted será responsable del costo total.

Cualquier servicio no cubierto en el nivel de beneficios de la red no estará cubierto en el nivel de beneficios fuera de la red. Consulte el Capítulo 4, Tabla de Beneficios Médicos para obtener una lista de los servicios cubiertos que se incluyen en el beneficio de Punto de Servicio (POS, en inglés) (fuera de la red) y su costo compartido cuando lo usa.

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 solicite pagar más que si recibiera la atención de un proveedor de la red. Sin embargo, es posible que estos proveedores fuera de la red no realicen “facturaciones de saldo” por la diferencia entre lo que cobran por los servicios cubiertos por Medicare y lo que el plan les paga, más su monto de costo compartido. Consulte el Capítulo 4, Sección 1.3, para obtener más información acerca de la facturación de saldo. Si un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o sus territorios le factura por más de su monto de costo compartido por servicios cubiertos, envíenos la factura. (Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener instrucciones sobre cómo solicitarnos el pago de una factura que recibió).

SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cubiertos cuando se presenta una emergencia o una necesidad urgente de atención o durante un desastre

Sección 3.1 Cómo obtener atención en caso de una emergencia médica
--

¿Qué es una emergencia médica y cómo proceder en caso de tener una?

Una **emergencia médica** ocurre cuando usted u otra persona prudente no experta en medicina, con un conocimiento promedio sobre salud y medicina, considera que presenta síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar el fallecimiento (y, si está embarazada, la pérdida del embarazo), la pérdida de una extremidad o de una función de esta, o bien la pérdida de una función corporal o el deterioro grave de esta. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Llame a una ambulancia si lo necesita. *No* es necesario obtener primero aprobación o una remisión de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés). No es necesario que acuda a un médico de la red. Puede recibir atención de emergencia cubierta siempre que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, así como cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo, y de cualquier proveedor con una autorización estatal apropiada, incluso si no forma parte de nuestra red.
- **En cuanto pueda, verifique que se haya informado a nuestro plan acerca de su emergencia.** Necesitamos realizar un seguimiento de su atención de emergencia. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, por lo general, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 1-844-294-6535 (TTY 711) del 1 de octubre al 31 de marzo: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para el Día de Acción de Gracias y Navidad (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil) del 1 de abril al 30 de septiembre: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en todas las zonas horarias para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para sábados, domingos y días festivos federales (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil, poder ayudarlo).

Servicios que están cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre servicios de ambulancia en situaciones en las que el traslado a la sala de emergencias con otro medio de transporte podría poner en peligro su salud. También cubriremos los servicios médicos durante la emergencia.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Los médicos que le brinden atención de emergencia determinarán cuando su condición sea estable y si la emergencia médica ha concluido.

Después de que la emergencia haya finalizado, tiene derecho a recibir cuidado de seguimiento para garantizar que su condición siga estable. Sus médicos continuarán brindándole tratamiento y se comunicarán con nosotros a fin de planificar atención adicional. La atención de seguimiento está cubierta por nuestro plan.

Si recibe atención de emergencia de un proveedor fuera de la red, intentaremos coordinar que proveedores de la red se encarguen de su atención médica tan pronto como su afección médica y las circunstancias lo permitan.

¿Qué ocurre si no era una emergencia médica?

A veces, es difícil determinar cuándo se tiene una emergencia médica. Por ejemplo, usted podría consultar por una atención de emergencia (porque cree que su salud corre grave peligro) y el médico podría determinar que, en realidad, no se trató de una emergencia médica. Si se determina que no tuvo una emergencia médica (siempre que justificadamente haya creído que su salud corría grave peligro), cubriremos la atención que recibió.

Sin embargo, después de que el médico haya determinado que *no* fue una emergencia, cubriremos atención adicional *solo* si usted recibe esta atención de alguna de estas dos maneras:

- Usted acude a un proveedor de la red o un proveedor fuera de la red dispuesto a aceptar las tasas de reembolso del plan para obtener el cuidado médico adicional en nuestra área de servicio.
- - o - La atención adicional que usted recibe se considera como servicios de urgencia, y usted sigue las normas para obtener esta atención médica urgente (para obtener más información sobre este servicio, consulte la Sección 3.2 a continuación).

Sección 3.2	Cómo obtener atención cuando tiene una necesidad de servicios de urgencia
--------------------	--

¿Qué son servicios de urgencia?

Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si necesita atención de urgencia, acuda a cualquier centro o clínica de atención de urgencia. Consulte “Atención de urgencia” en el Capítulo 4 de la tabla de beneficios para obtener más información sobre este beneficio.

Nuestro plan cubre servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo fuera de los Estados Unidos en las siguientes circunstancias.

Cobertura de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo:

Nuestro plan cubre los servicios de emergencia y de atención de urgencia cuando se viaja fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses. Este beneficio tiene un límite de plan definido por año y se aplica el costo compartido.

Nuestro plan cubre los servicios de transporte de emergencia y de atención de urgencia al centro médico más cercano cuando se viaja fuera de los Estados Unidos durante menos de seis meses.

Si viaja fuera de los Estados Unidos durante menos de 6 meses y tiene una emergencia médica, busque tratamiento en el centro más cercano que pueda brindarle la atención que necesita.

Los hospitales extranjeros no están obligados a presentar reclamos de Medicare por sus costos médicos de viaje. Debe pagar por los servicios y solicitar una copia de una factura detallada y sus historias clínicas. Obtenga un recibo por el pago que realice.

Deberá enviar un formulario de reembolso del miembro junto con una factura detallada a Gold Kidney Health Plan por los servicios de su médico, la atención para pacientes internados o la atención de urgencia o servicios de ambulancia, si corresponde, y le reembolsaremos los servicios médicamente necesarios incurridos hasta el límite de beneficios para su viaje internacional.

Sección 3.3	Cómo obtener atención durante un desastre
--------------------	--

Si el gobernador de su estado, el secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos o el presidente de los Estados Unidos declaran estado de desastre o de emergencia en su área geográfica, usted continúa teniendo derecho a recibir atención de su plan.

Visite el siguiente sitio web: www.goldkidney.com para obtener información sobre cómo obtener la atención médica 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 a un costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede surtir sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte el Capítulo 5, Sección 2.5, para obtener más información.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

SECCIÓN 4 Qué ocurre si recibe una factura por el costo total de los servicios cubiertos

Sección 4.1 Puede solicitarnos el pago de la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos

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

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

Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) cubre todos los servicios médicamente necesarios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4 de este documento. Si recibe servicios no cubiertos por nuestro plan o servicios obtenidos fuera de la red y que no fueron autorizados, deberá pagar el costo total de los servicios.

En el caso de servicios cubiertos que tienen una limitación de beneficios, usted pagará la suma total por el costo de cualquier servicio que usted reciba después de agotar el beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de costos una vez que se haya alcanzado un límite de beneficios no se contará para sus gastos máximos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) para consultar cuánto es el límite aún disponible de sus beneficios.

SECCIÓN 5 Cómo se cubren sus servicios médicos si usted participa en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 ¿Qué es un estudio de investigación clínica?

Los médicos y científicos realizan estudios de investigación clínica (también llamados *ensayos clínicos*) para probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, observar la acción de un nuevo medicamento para el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Por lo general, en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, se solicitan voluntarios para participar en estos.

Una vez que Medicare apruebe el estudio y que usted manifieste su interés, alguien que trabaja en el estudio se comunicará con usted para explicarle más acerca del estudio y ver si usted cumple con los requisitos establecidos por los científicos que realizan el estudio. Puede participar en el estudio siempre que reúna los requisitos para este y comprenda en su totalidad y acepte las condiciones de participación en el estudio.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare se hace responsable del pago de la mayor parte de los costos de los servicios cubiertos que reciba como parte del estudio. Si nos informa que usted está en un ensayo clínico aprobado, entonces solo debe pagar los costos compartidos dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto de costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y los costos compartidos dentro de la red. Sin embargo, deberá proporcionar documentación para mostrarnos cuánto pagó. Cuando participa en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo los demás servicios que requiere para su atención (la atención que no está relacionada con el estudio) por medio de nuestro plan.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, *no* necesita obtener nuestra aprobación ni la de su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés). *No* es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica sean proveedores de la red de nuestro plan. Tenga en cuenta que esto no incluye los beneficios de los que nuestro plan es responsable y que incluyen, como componente, un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio. Estos incluyen ciertos beneficios especificados en las determinaciones de cobertura nacional que requieren cobertura con desarrollo de evidencia (NCD-CED, en inglés) y estudios de exención de dispositivos de investigación (IDE, en inglés) y pueden estar sujetos a autorización previa y otras normas del plan.

Aunque no necesita obtener el permiso de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, cubierto para miembros de Medicare Advantage por Original Medicare, sugerimos que nos notifique con anticipación cuando decida participar en ensayos clínicos aprobados por Medicare.

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	Cuando participa en un estudio de investigación clínica, ¿qué debe pagar cada uno?
--------------------	---

Al registrarse en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubre los artículos y servicios de rutina que recibe como parte del estudio, que incluyen lo siguiente:

- Habitación y comidas por hospitalización que Medicare pagaría incluso si usted no formara parte de un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si es parte del estudio de investigación.
- Tratamiento de efectos secundarios y complicaciones derivados 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 sus costos compartidos dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará la misma suma por los servicios que recibe como parte del estudio que la suma que pagaría si recibiera estos servicios

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

de parte de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que demuestre el monto de costos compartidos que pagó. Consulte el Capítulo 7 si desea obtener más información sobre el envío de solicitudes de pago.

Este es un ejemplo de cómo funcionan los costos compartidos: supongamos que, como parte del estudio de investigación, se le realizan análisis de laboratorio cuyo costo es de \$100. Supongamos también que su parte del costo de estos análisis es de \$20 con Original Medicare, pero la prueba solo sería de \$10 si se aplicaran los beneficios de nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría \$80 por la prueba y usted pagaría los \$20 de copago requeridos conforme a Original Medicare. Luego, usted debe notificar a su plan que recibió un servicio de ensayo clínico aprobado y enviar la documentación, como una factura del proveedor, al plan. Luego, el plan le pagaría directamente \$10. Por lo tanto, su pago neto es de \$10, el mismo monto que pagaría con los beneficios de nuestro plan. Tenga en cuenta que, para recibir el pago de su plan, debe presentar la documentación a su plan, como una factura del proveedor.

Cuando usted participa en un estudio de investigación clínica, **ni Medicare ni nuestro plan pagarán los siguientes servicios:**

- Generalmente, Medicare *no* pagará por el nuevo artículo o servicio que el estudio está probando a menos que Medicare cubriera el artículo o servicio aun si usted *no* participara en un estudio.
- Artículos o servicios provistos solamente para recopilar datos y no utilizados directamente para su atención médica. Por ejemplo, Medicare no pagaría las tomografías computarizadas realizadas mensualmente como parte del estudio si su afección médica requeriría usualmente una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios proporcionados habitualmente por los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier persona inscrita en el ensayo.

Más información

Si desea 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 Estudios de Investigación Clínica*. (Esta 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 Normas para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud

Sección 6.1	¿Qué es una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud?
--------------------	---

Una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud es un centro que ofrece cuidado para una afección que normalmente se trataría en un hospital o en un centro de enfermería especializada. Si recibir atención en un hospital o centro de enfermería especializada contradice las creencias religiosas de un miembro, nuestro plan proveerá cobertura para que reciba atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud. Este beneficio se brinda solo para los servicios de la Parte A como paciente internado (servicios de cuidado de la salud no médicos).

Sección 6.2	Recibir atención de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud
--------------------	--

Para recibir atención en una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud, deberá firmar un documento legal en el que declare que conscientemente se opone a recibir tratamientos médicos **no exceptuados**.

- Atención o tratamientos médicos **no exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico *voluntario y no requerido* por las leyes federales, estatales o locales.
- Tratamientos médicos **exceptuados** se refiere a cualquier tipo de atención o tratamiento médico que usted recibe que *no* es voluntario o *es requerido* por las leyes federales, del estado o locales.

Para recibir cobertura de nuestro plan, la atención que usted recibe de una institución religiosa no médica dedicada al cuidado de la salud debe cumplir las siguientes condiciones:

- El centro que brinda la atención debe estar certificado por Medicare.
- La cobertura de servicios de nuestro plan que usted recibe está limitada a los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si recibe servicios de esta institución brindados en un centro, se deben cumplir las siguientes condiciones:
 - Usted debe tener una afección médica que le permita recibir servicios cubiertos para atención de hospitalización como paciente internado o atención en centros de enfermería especializada;
 - – y – debe obtener aprobación previa de nuestro plan antes de que le internen en el centro; de lo contrario, su hospitalización no estará cubierta.

Capítulo 3 Cómo usar el plan para sus servicios médicos

Se aplican los límites de cobertura de hospital para pacientes internados de Medicare; consulte las filas de Beneficios para Pacientes Internados en la Tabla de Beneficios Médicos del Capítulo 4 para obtener información más detallada.

SECCIÓN 7 Normas para la propiedad de equipo médico duradero

Sección 7.1	¿Llegará a ser suyo el equipo médico duradero luego de realizar determinada cantidad de pagos en virtud de nuestro plan?
--------------------	---

Los equipos médicos duraderos (DME, en inglés) incluyen artículos tales como equipos y suministros de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para diabéticos, dispositivos de asistencia para el habla, bombas de infusión IV, nebulizadores y camas hospitalarias ordenados por un proveedor para usar en el hogar. El miembro siempre será propietario de ciertos artículos, como las prótesis. En esta sección, analizamos otros tipos de equipos médicos duraderos (DME, en inglés) que debe alquilar.

En Original Medicare, las personas que alquilan ciertos tipos de equipos médicos duraderos (DME, en inglés) son propietarias del equipo después de pagar copagos por el artículo durante 13 meses. Ahora bien, como miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), por lo general no adquirirá la propiedad de los artículos de los equipos médicos duraderos (DME, en inglés) 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 de los DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no adquirió la titularidad del artículo de equipos médicos duraderos (DME, en inglés) mientras estaba en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de cambiar a Original Medicare para 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 inscribió en 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 inscribió en nuestro plan. Usted estaba inscrito en nuestro plan, pero no adquirió la propiedad mientras estaba en él. Luego regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos para adquirir la propiedad del artículo una vez que se inscriba nuevamente en Original Medicare. Todos los pagos anteriores (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no cuentan.

Sección 7.2 Normas para equipo, suministros y mantenimiento de oxígeno

¿A qué beneficios de oxígeno tiene derecho?

Si es elegible para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) cubrirá lo siguiente:

- El alquiler del equipo de oxígeno
- El suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- Tubos y accesorios de oxígeno relacionados para el suministro de oxígeno y contenido de oxígeno
- El mantenimiento y las reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) o ya no requiere equipo de oxígeno por razones médicas, el equipo de oxígeno debe devolverse.

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

Original Medicare exige que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante cinco años. Durante los primeros 36 meses, usted alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del copago por el oxígeno). Después de cinco años, puede elegir quedarse con la misma empresa o ir a otra. En este punto, el ciclo de cinco años comienza de nuevo, incluso si se queda con la misma compañía, por lo cual debe realizar copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de cinco años comienza de nuevo.

CAPÍTULO 4:

*Tabla de Beneficios Médicos
(servicios cubiertos y
lo que usted debe pagar)*

SECCIÓN 1 Explicación de los gastos de bolsillo para servicios cubiertos

En este capítulo se incluye una Tabla de Beneficios Médicos que indica los servicios cubiertos e indica cuánto pagará por cada servicio cubierto como miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS). Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos. También se incluye información sobre las limitaciones para ciertos servicios.

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

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

- Un **copago** es el monto fijo que paga cada vez que recibe ciertos servicios médicos. Debe abonar un copago en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre sus copagos).
- El **coseguro** es el porcentaje que paga del costo total de ciertos servicios médicos. Debe pagar el coseguro en el momento que recibe el servicio médico. (En la Tabla de Beneficios Médicos de la Sección 2 encontrará más información sobre su coseguro).

La mayoría de las personas que son elegibles para Medicaid o para el programa de Beneficiario de Medicare Elegible (QMB, en inglés) nunca pagan deducibles, copagos o coseguro. Asegúrese de mostrar su evidencia de elegibilidad de Medicaid o Beneficiarios de Medicare Elegibles (QMB, en inglés) a su proveedor, si corresponde.

Sección 1.2 ¿Cuánto es lo máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?
--

Como usted está inscrito en un Plan Medicare Advantage, existe un límite en la cantidad total que debe pagar de su bolsillo cada año del plan por los servicios médicos que están cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina monto máximo de su propio bolsillo (MOOP, en inglés) por servicios médicos. Para el año natural 2025, este monto es de \$3,400.

Los montos que paga por copagos y coseguro por servicios cubiertos dentro de la red cuentan para el cálculo de este monto máximo de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos con receta de la Parte D no se tienen en cuenta para el cálculo del monto máximo de gastos de bolsillo. Además, los montos que paga por algunos servicios no cuentan para el cálculo del monto máximo de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de Beneficios Médicos. Si alcanza el monto máximo de su bolsillo de \$3,400, no deberá pagar ningún otro gasto de bolsillo durante el resto del año por servicios de la Parte A y Parte B cubiertos dentro de la red. Sin embargo, deberá continuar pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid u otro tercero paguen su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Nuestro plan no les permite a los proveedores que le facturen el saldo a usted

Como miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), un factor de protección importante para usted es que solo debe pagar el monto de costos compartidos cuando reciba servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden añadir cargos adicionales por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. Este factor de protección se aplica incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.

Este factor de protección funciona de la siguiente manera:

- Si el monto del costo compartido es un copago (una cantidad fija en dólares; por ejemplo, \$15.00), usted solo debe pagar ese monto por cualquier servicio cubierto de un proveedor de la red.
- Si el costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), nunca pagará más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor que visite:
 - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted pagará el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de reembolso del plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare establecida para los proveedores participantes.
 - Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare establecida para los proveedores no participantes.
- Si piensa que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para Miembros.

SECCIÓN 2 Utilice la *Tabla de Beneficios Médicos* para saber qué está cubierto y cuánto deberá pagar

Sección 2.1 Sus beneficios y costos médicos como miembro del plan

La Tabla de Beneficios Médicos de las siguientes páginas indica los servicios que cubre Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) y lo que usted paga en concepto de bolsillo por cada servicio. La cobertura de medicamentos con receta de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5. Los servicios que se indican en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren solo cuando se reúnen los siguientes requisitos de cobertura:

- Sus servicios cubiertos por Medicare se deben brindar según las guías de cobertura establecidas por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

- Sus servicios (que incluyen atención médica, servicios, suministros, equipo y medicamentos recetados de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con estándares aceptados de la práctica médica.
- Para los nuevos miembros, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan de Medicare Advantage (MA) puede no requerir autorización previa para ningún curso de tratamiento activo, incluso si el curso de tratamiento fue para un servicio que comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Tiene un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) que le brinda atención y supervisa la atención que recibe.
- Algunos de los servicios indicados en la Tabla de Beneficios Médicos se cubren *solo* si su médico u otro proveedor de la red cuenta con la aprobación por adelantado (a veces denominada autorización previa) de nosotros. Los servicios cubiertos que requieren aprobación previa están marcados en **negrita** en la Tabla de Beneficios Médicos.


Otros puntos importantes que considerar sobre nuestra cobertura:

- Como todos los Planes de Salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Por algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan que lo que usted pagaría en Original Medicare. Por otros, paga *menos*. (Si desea saber más acerca de la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare y usted 2025*. Consúltelo en línea en www.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), para solicitar una copia, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- En el caso de todos los servicios médicos preventivos que están cubiertos sin costo en virtud de Original Medicare, también cubrimos el servicio sin costo alguno para usted. Sin embargo, si también es tratado o monitoreado por una afección médica existente durante la consulta en la cual recibe el servicio preventivo, se aplicará un copago por el cuidado recibido por la afección médica existente.
- Si Medicare aumenta la cobertura para cualquier servicio durante el año 2025, Medicare o nuestro plan cubrirá dichos servicios.



Verá esta manzana al lado de los servicios médicos preventivos en la tabla de beneficios.

Tabla de Beneficios Médicos

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Examen de detección de aneurisma aórtico abdominal</p> <p>Un examen de detección de ultrasonido realizado por única vez a las personas en riesgo. El plan solo cubre este examen de detección si tiene ciertos factores de riesgo y si obtiene una remisión para realizárselo de su médico, el asistente médico, el enfermero practicante o enfermero clínico especialista.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para este examen de detección preventivo.</p>	<p>\$0 de copago para exámenes de detección preventivos</p>
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Hasta 12 visitas en 90 días están cubiertas para los beneficiarios de Medicare en las siguientes circunstancias:</p> <p>A efectos de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de una duración de 12 semanas o más; • no es específico, en el sentido de que no tiene ninguna causa sistémica identificable (es decir, no está asociada o una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.); • no asociado con cirugía; y • no asociado con el embarazo. <p>Se cubrirán ocho sesiones adicionales para aquellos pacientes que muestren mejoría. No se pueden administrar más de 20 tratamientos de acupuntura por año.</p> <p>El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no está mejorando o si está empeorando.</p>	<p>\$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>	<p>\$15 de copago por cada visita cubierta por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación)</p> <p>Requisitos del proveedor:</p> <p>Los médicos (como se define en 1861(r)(1) de la Ley de Seguro Social [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.</p> <p>Los asistentes médicos (PA, en inglés), enfermeros practicantes (NP, en inglés)/enfermeros especialistas clínicos (CNS, en inglés) (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 cuentan con lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una maestría o un título de doctorado en acupuntura o Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (ACAOM, en inglés); y • una licencia vigente, plena, 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 realice acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un asistente médico (PA, en inglés), enfermero practicante (NP, en inglés)/enfermero especialista clínico (CNS, en inglés) requerido por nuestras regulaciones en 42 CFR §§ 410.26 y 410.27.</p>		



Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Acupuntura (beneficio de rutina)*</p> <p>El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 visitas cada año 	\$15 de copago por cada consulta de rutina.	\$15 de copago por cada consulta de rutina.
<p>Servicios de ambulancia</p> <p>Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para situaciones que sean de emergencia o que no sean de emergencia incluyen servicios de traslado en ambulancia en aeronaves de alas fijas, aeronaves de alas giratorias y por tierra al centro correspondiente más cercano que pueda proveer atención a miembros con afecciones médicas para las cuales otros medios de transporte puedan poner en riesgo la salud del paciente o si lo autoriza el plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la condición del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro la salud de la persona y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.</p> <p>Se requiere autorización previa para servicios de ambulancia terrestre y aérea que no sean de emergencia.</p>	<p>\$200 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a cada viaje de ida o vuelta.</p>	<p>\$200 de copago por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por cada servicio de ambulancia aérea cubierto por Medicare.</p> <p>Los costos compartidos se aplican a cada viaje de ida o vuelta.</p>




Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Examen físico anual suplementario*</p> <p>El examen físico anual de rutina incluye un examen físico integral y una evaluación del estado de enfermedades crónicas. No incluye pruebas de laboratorio, pruebas de diagnóstico radiológico o pruebas de diagnóstico no radiológico o pruebas de diagnóstico. Puede aplicarse un costo compartido adicional a cualquier prueba de laboratorio o de diagnóstico realizada 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>	\$0 de copago por un examen físico anual complementario.	\$0 de copago por un examen físico anual complementario.
<p> Visita anual de bienestar</p> <p>Si tiene la Parte B desde hace más de 12 meses, puede obtener una visita anual de bienestar para desarrollar o actualizar un plan de prevención personalizado en función de su salud actual y sus factores de riesgo. Esta consulta se cubre una vez cada 12 meses.</p> <p>Nota: Su primera visita anual de bienestar no se puede realizar en los 12 meses posteriores a su visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>. Sin embargo, no es necesario que se haya realizado una visita de <i>Bienvenida a Medicare</i> para tener cobertura para visitas anuales de bienestar luego de haber tenido la Parte B durante 12 meses.</p>	No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita anual de bienestar.	\$0 de copago por la visita anual de bienestar.


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
 Medición de la masa ósea Para personas elegibles (generalmente, esto significa que son personas que presentan riesgo de pérdida de masa ósea o de osteoporosis), los siguientes servicios se cubren cada 24 meses o con mayor frecuencia, si fuera necesario por razones médicas: procedimientos para identificar masa ósea, detectar pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluye la interpretación de los resultados por el médico.	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mediciones de masa ósea cubierta por Medicare.	\$0 de copago por cada medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
 Examen de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Una mamografía inicial entre los 35 y los 39 años. • Una mamografía de detección cada 12 meses para mujeres mayores de 40 años. • Un examen clínico de mamas cada 24 meses. 	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las mamografías de detección cubiertas.	\$0 de copago por mamografías de detección.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicio, educación y asesoramiento están cubiertos para los miembros que cumplen con ciertas condiciones y tienen el pedido de un médico. El plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que generalmente son más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	\$35 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. \$35 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.	\$35 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. \$35 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Consulta de reducción del riesgo de enfermedad cardiovascular (terapia para enfermedad cardiovascular)</p> <p>Cubrimos una visita por año con su médico de atención primaria para ayudarle a reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular. Durante esta consulta, su médico puede hablar con usted sobre el uso de aspirina (si corresponde), controlar su presión arterial y darle consejos para asegurarse de que se está alimentando saludablemente.</p>	No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva.	\$0 de copago por el beneficio preventivo de enfermedad cardiovascular de terapia conductual intensiva cubierto por Medicare.
<p> Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares</p> <p>Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas con un riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).</p>	No se aplica coseguro, copago ni deducible para las pruebas de enfermedad cardiovascular que están cubiertas una vez cada 5 años.	\$0 de copago por pruebas de enfermedad cardiovascular cubiertas por Medicare que se cubren una vez cada 5 años.
<p> Examen de detección de cáncer vaginal y de cuello uterino</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para todas las mujeres: Las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos están cubiertos una vez cada 24 meses • Si usted presenta alto riesgo de cáncer vaginal o de cuello uterino, o está en edad reproductiva y tuvo un resultado anormal en la prueba de Papanicolaou dentro de los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses 	No se aplica coseguro, copago ni deducible para Papanicolaou y tactos vaginales preventivos cubiertos por Medicare.	\$0 de copago para exámenes pélvicos y Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios quiroprácticos</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manipulación manual de la espina dorsal para corregir subluxaciones. • *Servicios quiroprácticos de rutina: 6 visitas cada año 	<p>\$20 de copago por cada consulta al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada consulta de servicios quiroprácticos de rutina.</p>	<p>\$20 de copago por cada consulta al quiropráctico cubierta por Medicare.</p> <p>\$20 de copago por cada consulta de servicios quiroprácticos de rutina.</p>
<p> Examen de detección de cáncer colorrectal</p> <p>Los siguientes exámenes de detección están cubiertos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo o máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible anterior para pacientes que no tienen un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia previa de detección o enema de bario. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 120 meses para pacientes que no tienen un alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo desde la última sigmoidoscopia flexible o enema de bario. 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico detecta 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>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para el examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico detecta 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>\$0 de copago por cada enema de bario cubierto por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Examen de detección de cáncer colorrectal (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exámenes de detección de sangre oculta en heces para pacientes de 45 años o más. Una vez cada 12 meses. • ADN en heces multiobjetivo para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplen los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años de edad que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • 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. • Enema de bario como alternativa a la sigmoidoscopia flexible para pacientes de 45 años o más que no tienen alto riesgo. Una vez al menos 48 meses después del último enema de bario de detección o sigmoidoscopia flexible de detección. <p>Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de seguimiento después de que una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva basada en heces cubierta por Medicare arroja un resultado positivo.</p>		


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de odontología</p> <p>En general, los servicios dentales preventivos (como limpieza, exámenes dentales rutinarios y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, en la actualidad Medicare paga por algunos servicios dentales en circunstancias limitadas, específicamente cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la afección médica primaria de un beneficiario. Algunos ejemplos incluyen la reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, las extracciones de dientes realizadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer que afecta la mandíbula o los exámenes orales que preceden al trasplante de riñón.</p>	\$0 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.	\$0 de copago por servicios odontológicos cubiertos por Medicare.


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
Además, cubrimos lo siguiente:		
Asignación para beneficios flexibles combinados de odontología, oftalmología y audición. Esto se conoce como su “Beneficio Flexible”.	Monto máximo de cobertura del plan de \$525 cada 3 meses para todos los servicios dentales preventivos e integrales. Este beneficio flexible combinado es una asignación trimestral que se puede utilizar para beneficios de odontología, oftalmología y audición. El saldo no utilizado se transferirá al siguiente período. Usted es responsable de todos los costos que excedan el monto del beneficio combinado para los beneficios flexibles.	
Servicios dentales preventivos: <ul style="list-style-type: none"> Exámenes bucales ilimitados cada año. Limpiezas ilimitadas cada año. Tratamientos con fluoruro ilimitados cada año. Radiografías ilimitadas cada año. Visitas ilimitadas cada año para otros servicios odontológicos de diagnóstico. Visitas ilimitadas cada año para otros servicios odontológicos preventivos. 	\$0 de copago por cada examen dental preventivo. \$0 de copago por cada limpieza. \$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro. \$0 de copago para radiografías. \$0 de copago para otros servicios de diagnóstico. \$0 de copago para otros servicios dentales preventivos.	\$0 de copago por cada examen dental preventivo. \$0 de copago por cada limpieza. \$0 de copago por cada tratamiento con fluoruro. \$0 de copago para radiografías. \$0 de copago para otros servicios de diagnóstico. \$0 de copago para otros servicios dentales preventivos.


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios odontológicos integrales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de restauración: visitas ilimitadas cada año • Servicios de endodoncia: visitas ilimitadas cada año • Servicios de periodoncia: visitas ilimitadas cada año • Servicios de prostodoncia removible: visitas ilimitadas cada año • Servicios de prótesis maxilofaciales: visitas ilimitadas cada año • Servicios de implantes: visitas ilimitadas cada año • Servicios de prostodoncia fija: visitas ilimitadas cada año • Servicios de cirugía oral y maxilofacial: visitas ilimitadas cada año • Servicios de ortodoncia: visitas ilimitadas cada año • Servicios generales complementarios: visitas ilimitadas cada año 	<p>\$0 de copago por servicios de restauración.</p> <p>\$0 de copago por servicios de endodoncia.</p> <p>\$0 de copago por servicios de periodoncia.</p> <p>\$0 de copago por servicios de prostodoncia removible.</p> <p>\$0 de copago por servicios de prótesis maxilofacial.</p> <p>\$0 de copago por servicios de implantes.</p> <p>\$0 de copago por servicios de prostodoncia fija.</p> <p>\$0 de copago por servicios de cirugía oral y maxilofacial.</p> <p>\$0 de copago por servicios de ortodoncia.</p> <p>\$0 de copago por servicios generales complementarios.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de restauración.</p> <p>\$0 de copago por servicios de endodoncia.</p> <p>\$0 de copago por servicios de periodoncia.</p> <p>\$0 de copago por servicios de prostodoncia removible.</p> <p>\$0 de copago por servicios de prótesis maxilofacial.</p> <p>\$0 de copago por servicios de implantes.</p> <p>\$0 de copago por servicios de prostodoncia fija.</p> <p>\$0 de copago por servicios de cirugía oral y maxilofacial.</p> <p>\$0 de copago por servicios de ortodoncia.</p> <p>\$0 de copago por servicios generales complementarios.</p>
<p> Examen de detección de depresión</p> <p>Cubrimos una prueba de detección de la depresión por año. La prueba de detección debe hacerse en un entorno de atención primaria que puede proveer remisiones o tratamiento de seguimiento.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una consulta anual de examen de detección de depresión.</p>	<p>\$0 de copago por una visita de detección de depresión al año.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Examen de detección de diabetes</p> <p>Cubrimos esta prueba de detección (incluye pruebas de glucosa en ayunas) si presenta alguno de los siguientes factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), historial de niveles anormales de colesterol y de triglicéridos anormales (dislipidemia), obesidad, o historial de alto nivel de azúcar en la sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como si está excedido de peso y tiene un historial familiar de diabetes.</p> <p>Puede ser elegible para hasta dos exámenes de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su examen de detección de diabetes más reciente.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para los exámenes de detección de diabetes cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Servicios, suministros y capacitación para el autocontrol de la diabetes</p> <p>Para todas las personas con diabetes (que usan insulina y que no la usan). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</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 de lancetas y lancetas, soluciones de control de glucosa para controlar la precisión de las tiras reactivas y de los monitores. • Para pacientes diabéticos con enfermedad del pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos personalizados (incluidas las plantillas provistas con dichos zapatos) y dos pares de plantillas adicionales por año natural, o un par de zapatos profundos y tres pares de plantillas (sin incluir las plantillas removibles no personalizadas provistas con dichos zapatos). La cobertura incluye el ajuste. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones. 	<p>20% de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por el calzado o las plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por el calzado o las plantillas terapéuticas para diabéticos cubiertos por Medicare.</p> <p>\$0 de copago por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Equipo médico duradero (DME, en inglés) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y la Sección 7 del Capítulo 3 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 hospitalarias ordenadas por un proveedor para su uso en casa, bombas de infusión IV, dispositivos de asistencia para el habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores.</p> <p>Cubrimos todos los equipos médicos duraderos (DME, en inglés) médicamente necesarios cubiertos por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede preguntarle si puede hacer una remisión 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 médicos duraderos (DME, en inglés) con costos de \$500 o más.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro, cada mes.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.</p>	<p>20% de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare.</p> <p>Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es del 20% de coseguro, cada mes.</p> <p>Sus costos compartidos no cambiarán después de estar inscrito durante 36 meses.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Electrocardiograma (EKG, en inglés) después de la visita de “Bienvenida a Medicare”</p> <p>Medicare cubre un examen de detección de rutina de electrocardiograma (EKG, en inglés) o electrocardiografía (ECG, en inglés) si recibe una orden de su médico u otro proveedor de cuidado de la salud durante su visita preventiva por única vez de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0 de copago por un electrocardiograma (EKG, en inglés) después de la visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>	<p>\$0 de copago por un electrocardiograma (EKG, en inglés) después de la visita de “Bienvenida a Medicare”.</p>
<p>Atención de emergencia</p> <p>Atención de emergencia se refiere a los siguientes tipos de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aquellos prestados por un proveedor acreditado para brindar servicios de emergencia, y • Aquellos necesarios para evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia. <p>Una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y si es una mujer embarazada, perder un feto), perder una extremidad o su función. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, una lesión, un dolor intenso o una afección médica que empeora rápidamente.</p> <p>Los costos compartidos para servicios de emergencia necesarios prestados fuera de la red son los mismos que para dichos servicios prestados dentro de la red.</p> <p>La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila de <i>Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo</i> para obtener más detalles.</p>	<p>\$135 de copago por cada consulta a la sala de emergencias cubierta por Medicare en un centro dentro o fuera de la red. Se lo exime del costo compartido para la sala de emergencia (ER, en inglés) si ingresa en el hospital en un plazo de 24 horas por la misma afección.</p> <p>Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita atención como paciente internado después de que se haya estabilizado su cuadro de emergencia, deberá volver a un hospital de la red para que su atención siga cubierta <i>O</i> debe recibir su atención durante hospitalización en el hospital fuera de la red autorizado por el plan y su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>	


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Gold Perks El paquete Gold Perks es un nuevo paquete de beneficios combinados que le ofrece la flexibilidad necesaria para decidir cómo utilizar los fondos de su asignación y le permite contratar los servicios seleccionados que mejor se adapten a sus necesidades con la tarjeta de beneficios prepagada que se le ha proporcionado.</p> <p>Suministros de venta libre (OTC, en inglés) Los miembros pueden usar la asignación combinada para comprar una variedad de productos de uso común para apoyar y mantener su salud general. Los artículos de venta libre (OTC, en inglés) se pueden comprar solo para el miembro. Este beneficio consiste en medicamentos de venta libre (OTC, en inglés) aprobados por Medicare e incluye batidos de proteínas, vitaminas y minerales. Estos beneficios se limitan a los artículos de venta libre (OTC, en inglés) disponibles en el mercado de productos de venta libre (OTC, en inglés) del plan o en los comercios participantes del plan.</p> <p>Masajes terapéuticos: Los miembros pueden usar la asignación combinada para comprar servicios de masaje terapéutico de una entidad autorizada/certificada para proporcionar servicios de masaje terapéutico según las reglas y regulaciones estatales y que pueda aceptar el pago a través de la tarjeta de pago del plan.</p>	<p>Gold Perks Package tiene un copago de \$0 y un beneficio combinado de un monto máximo de asignación del plan de \$50 por mes para los siguientes beneficios cubiertos: La asignación no utilizada no se transferirá al siguiente mes.</p>	


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Gold Perks (continuación)</p> <p>Asignación para actividades físicas: Los miembros pueden usar la asignación combinada para pagar los costos de las actividades físicas. Este beneficio se agrega a su membresía de gimnasio Silver&Fit. La asignación para actividades físicas es un beneficio que proporciona una asignación para gastos que puede usarse para costos de acceso requeridos en instalaciones deportivas para baile, golf, natación, tenis u otra actividad relacionada con el acondicionamiento físico. La asignación no se puede aplicar a productos, alimentos ni membresías en ligas deportivas o clubes, competiciones, programas sociales, entradas a parques u otros servicios.</p> <p>Dispositivos de seguridad para el hogar y el baño: Los miembros pueden usar la asignación combinada para comprar asientos de inodoro elevados, soportes y elevadores de seguridad.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Programas educativos sobre salud y bienestar</p> <p>Los beneficios incluyen lo siguiente:</p> <p>Educación sobre la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> Las clases de educación sobre la salud se ofrecen en entornos grupales y como capacitaciones individuales en el hogar para las personas confinadas en el hogar. También se proporcionan materiales de educación sobre la salud, junto con acceso a un sitio web con asesoramiento telefónico en vivo, intervenciones en tiempo real, comentarios y establecimiento de objetivos. <p>Actividad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene acceso a centros de acondicionamiento físico que pueden incluir equipos, clases de ejercicio, piscinas y otros servicios disponibles. También dispone de kits de acondicionamiento físico para el hogar, así como de recursos y ayuda en línea. Este beneficio es administrado por el programa Silver&Fit de American Specialty Health. 	<p>\$0 de copago por los servicios del programa de educación sobre salud y bienestar.</p> <p>\$0 de copago por acceso al gimnasio Silver&Fit para el beneficio de gimnasio.</p>	<p>\$0 de copago por los servicios del programa de educación sobre salud y bienestar.</p> <p>El beneficio de gimnasio 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 están cubiertas como cuidado ambulatorio cuando están a cargo de un médico, audiólogo u otro proveedor acreditado.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y equilibrio.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente:		
Asignación para beneficios flexibles combinados de odontología, oftalmología y audición. Esto se conoce como su “Beneficio Flexible”.	Monto máximo de cobertura del plan de \$525 cada 3 meses para todos los exámenes auditivos de rutina y audífonos recetados. Este beneficio flexible combinado es una asignación trimestral que se puede utilizar para beneficios de odontología, oftalmología y audición. El saldo no utilizado se transferirá al siguiente período. Usted es responsable de todos los costos que excedan el monto del beneficio combinado para los beneficios flexibles.	
<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas auditivas rutinarias: pruebas ilimitadas cada año • Ajuste y evaluación de audífonos con receta: consultas ilimitadas cada año • Audífonos recetados, todos los tipos: audífonos ilimitados 	<p>\$0 de copago por cada examen auditivo de rutina.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de ajuste o evaluación de audífonos.</p> <p>\$0 de copago por audífonos recetados, de todos los tipos.</p>	<p>\$0 de copago por cada examen auditivo de rutina.</p> <p>\$0 de copago por cada visita de ajuste o evaluación de audífonos.</p> <p>\$0 de copago por audífonos recetados, de todos los tipos.</p>
 Exámenes de detección de VIH Para las personas que solicitan un examen de detección de VIH o que estén en mayor riesgo de tener una infección de VIH, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Un examen de detección cada 12 meses Para las mujeres embarazadas, cubrimos lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Hasta tres exámenes de detección durante el embarazo 	No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para el examen de detección preventivo del VIH cubierto por Medicare.	\$0 de copago por exámenes de detección de VIH preventivos cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Atención de una agencia de cuidado de la salud en el hogar</p> <p>Antes de recibir servicios de cuidado de la salud en el hogar, un médico debe certificar que usted necesita dichos servicios y ordenará que una agencia de cuidado de la salud en el hogar los provea. Usted debe estar recluso en el hogar, lo que significa que salir de su casa requiere un gran esfuerzo.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de auxiliar de cuidado de la salud en el hogar y de personal de enfermería especializada de tiempo parcial o intermitente (que estarán cubiertos por el beneficio de cuidado de la salud en el hogar, los servicios de enfermería especializada y de auxiliar de cuidado de la salud en el hogar combinados deben ser inferiores a 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>\$0 de copago por servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de cuidado de la salud en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Terapia de infusión en el hogar</p> <p>La terapia de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar la infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivirales, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, tubos y catéteres).</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios profesionales, incluidos servicios de enfermería, proporcionados de acuerdo con el plan de atención médica • Capacitación y educación del paciente no cubiertos de otro modo por el beneficio de equipo médico duradero • Monitoreo remoto • Servicios de monitoreo para la provisión de terapia de infusión en el hogar y medicamentos para infusión en el hogar proporcionados por un proveedor acreditado de terapia de infusión en el hogar <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>0% al 20% de coseguro para servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p>	<p>0% al 20% de coseguro para servicios de terapia de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)


Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Cuidado de hospicio</p> <p>Usted es elegible para recibir el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le hayan dado un pronóstico terminal que certifica que tiene una enfermedad terminal y tiene 6 meses o menos de vida si la enfermedad sigue su curso normal. Usted puede recibir cuidado de cualquier programa de hospicio certificado por Medicare. Su plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que la organización de Medicare Advantage (MA) posee o controla, o sobre los cuales tiene una participación financiera. Su médico de cuidados paliativos puede ser un proveedor de la red o fuera de la red.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos para el control de los síntomas y el alivio del dolor • Cuidados paliativos a corto plazo • Cuidado en el hogar <p>Cuando se le admite en un centro de hospicio, tiene derecho a permanecer en su plan; si opta por permanecer en su plan, debe seguir pagando las primas de este.</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por el plan Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).</p>	<p>Cuando usted se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, sus servicios de hospicio y sus servicios de la Parte A y de la Parte B relacionados con su pronóstico terminal son pagados por Medicare original, no por el plan Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS).</p>

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <p><u>Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará al proveedor por sus servicios de hospicio, y cualquier servicio de la Parte A y de la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras se encuentre en el programa de hospicio, su proveedor de cuidado paliativo facturará a Original Medicare los servicios pagados por Original Medicare. Se le facturarán los costos compartidos de Original Medicare.</p> <p><u>Para los servicios que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal:</u> Si necesita servicios que no son de urgencia, que están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no están relacionados con su pronóstico terminal, su costo por estos servicios depende de que use un proveedor que forme parte de la red de nuestro plan y cumpla normas del plan (por ejemplo, si hay un requisito para obtener una autorización previa).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red y cumple con las normas del plan para recibirlos, solamente paga el monto de costo compartido del plan para servicios dentro de la red. 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Cuidado de hospicio (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Si recibe los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, paga el costo compartido conforme al método “arancel por servicio” de Medicare (Original Medicare). <p><u>Para los servicios que están cubiertos por Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) pero no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B, independientemente de que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga la cantidad de costos compartidos del plan por estos servicios.</u></p> <p><u>Para medicamentos que pueden estar cubiertos por el beneficio de la Parte D del plan: Si estos medicamentos no están relacionados con su afección de hospicio terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su afección de hospicio terminal, usted paga el costo compartido de Medicare Original. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Si desea más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 (¿Qué ocurre si está en un hospicio certificado por Medicare?).</u></p> <p>Nota: Si necesita cuidado que no es de hospicio (cuidado no relacionado con su pronóstico terminal), debe comunicarse con nosotros para coordinar los servicios.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Vacunas</p> <p>Los servicios cubiertos de la Parte B de Medicare incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacuna contra la neumonía. • Inyecciones contra la gripe (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño e invierno, con inyecciones (o vacunas) adicionales si es médicamente necesario. • Vacuna contra la Hepatitis B para pacientes de riesgo alto o intermedio de contraer Hepatitis B. • Vacunación contra la COVID-19 • Otras vacunas, si corre riesgo y estas responden a las normas de cobertura de la Parte B de Medicare. <p>También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos por medio de nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y la COVID-19.</p>	<p>\$0 de copago para vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza, la hepatitis B y la COVID-19.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de evaluación de la seguridad en el hogar*</p> <p>Los servicios incluyen 2 visitas por año para evaluar el entorno del hogar en busca de posibles problemas de seguridad que puedan provocar caídas u otros riesgos para la salud.</p>	\$0 de copago por servicios de evaluación de la seguridad en el hogar.	\$0 de copago por servicios de evaluación de la seguridad en el hogar.
<p>Servicios de apoyo en el hogar*</p> <p>Hasta 60 horas al año para asistencia en el hogar. Los servicios incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tareas domésticas: 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 la distancia: servicios virtuales. <p>Debe utilizar el proveedor o vendedor contratado por el plan.</p>	\$0 de copago por servicios de apoyo en el hogar.	No cubierto.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados</p> <p>Incluye internación hospitalaria para afecciones agudas, rehabilitación para pacientes internados, hospitales de cuidado a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios para pacientes internados. El cuidado hospitalario a pacientes internados comienza el día en que usted está formalmente admitido en el hospital por orden de un médico. El día previo a ser dado de alta es el último día como paciente internado.</p> <p>Usted está cubierto por 90 días por cada período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare a pacientes internados. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada en caso de que sea necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas dietas especiales • Servicios de enfermería comunes • Costos de unidades de cuidado especial (como unidades de cuidado intensivo o de cuidado coronario) • Fármacos y medicamentos • Pruebas de laboratorio • Radiografías y otros servicios de radiología • Suministros quirúrgicos y médicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de quirófanos y salas de recuperación 	<p>Para hospitalizaciones como paciente internado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$195 de copago por día para los días 1 a 7; \$0 de copago por día para los días 8 a 90.</p>	<p>Para hospitalizaciones como paciente internado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$195 de copago por día para los días 1 a 7; \$0 de copago por día para los días 8 a 90.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes internados • En ciertas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplante: de córnea, renal, renopancreático, cardíaco, hepático, pulmonar, cardíaco/pulmonar, de médula ósea, de células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, coordinaremos con un centro de trasplantes aprobado por Medicare para que revise su caso, y decidirá si usted es candidato para recibir un trasplante. Los proveedores de trasplante pueden ser locales o de fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante dentro de la red se encuentran fuera de los patrones de cuidado de la comunidad, usted puede elegir proveedores locales, siempre y cuando los proveedores de trasplante locales estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) provee servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de cuidado de trasplantes de su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar alejado, nosotros coordinaremos o pagaremos los costos adecuados de alojamiento y transporte para usted y un acompañante. 	<p>El costo compartido se cobra al recibir el alta hospitalaria.</p> <p>Si recibe atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red después de que se establezca su cuadro de emergencia, su costo es el costo compartido más alto que pagaría en un hospital de la red.</p>	<p>El costo compartido se cobra al recibir el alta hospitalaria.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. Servicios del médico <p>Nota: Para que se le considere un paciente internado, su proveedor debe escribir una orden para que le admitan formalmente como paciente internado del hospital. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no sabe con seguridad si es un paciente internado o paciente ambulatorio, debe preguntarle al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>		


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen servicios de cuidado de la salud mental que requieren hospitalización. Puede recibir atención hospitalaria para pacientes internados en un hospital psiquiátrico durante un total de 190 días a lo largo de su vida. Si recibe cuidado de la salud mental para pacientes internados en la unidad psiquiátrica de un hospital general, esto no cuenta para sus 190 días.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>Para hospitalizaciones de salud mental como paciente internado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$225 de copago por día para los días 1 a 7; \$0 de copago por día para los días 8 a 90.</p> <p>El costo compartido se cobra al recibir el alta hospitalaria.</p>	<p>Para hospitalizaciones de salud mental como paciente internado cubiertas por Medicare, usted paga lo siguiente: \$225 de copago por día para los días 1 a 7; \$0 de copago por día para los días 8 a 90.</p> <p>El costo compartido se cobra al recibir el alta hospitalaria.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Hospitalización de paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) durante una hospitalización de paciente internado no cubierta</p> <p>Si se agotan sus beneficios como paciente internado o si la hospitalización de paciente internado no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización de paciente internado. No obstante, en algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de enfermería especializada (SNF, en inglés). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios del médico • Pruebas de diagnóstico (como las pruebas de laboratorio) • Terapia de radiografías, radio e isótopos, que incluye materiales y servicios técnicos • Vendajes quirúrgicos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Dispositivos protésicos y ortopédicos (distintos de los dentales) que reemplazan todo o parte de un órgano interno (incluido el tejido contiguo), o toda o parte de la función de un órgano corporal interno permanentemente inoperante o sin funcionamiento, incluido el reemplazo o la reparación de dichos dispositivos 	<p>Cuando su estadía como paciente internado no esté cubierta, pagará el costo de los servicios asociados con su estadía como paciente internado. 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 del médico o profesional médico • Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios • DME y suministros relacionados • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) 	<p>Cuando su estadía como paciente internado no esté cubierta, pagará el costo de los servicios asociados con su estadía como paciente internado. 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 del médico o profesional médico • Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios • DME y suministros relacionados • Dispositivos protésicos y suministros relacionados • Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios • Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés)

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Hospitalización de paciente internado: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) durante una hospitalización de paciente internado no cubierta (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparatos ortopédicos para piernas, brazos, espalda y cuello; soportes y piernas, brazos u ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o cambios en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional 		
<p> Terapia de nutrición médica</p> <p>Este beneficio es para pacientes diabéticos, con enfermedades renales (del riñón) (pero que no realizan diálisis), o después de un trasplante renal cuando lo indique su médico.</p> <p>Cubrimos servicios de 3 horas de asesoramiento personalizado durante el primer año que recibe servicios de terapia de nutrición médica dentro de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier otro plan Medicare Advantage u Original Medicare) y luego 2 horas por año. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambia, tal vez pueda recibir más horas de tratamiento con la orden de un médico. Un médico debe recetarle estos servicios y renovar su orden cada año, si necesita continuar el tratamiento el próximo año natural.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para los miembros elegibles para los servicios de terapia de nutrición médica cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, en inglés)</p> <p>Los servicios del Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, en inglés) estarán cubiertos para beneficiarios de Medicare elegibles conforme a todos los planes de salud de Medicare.</p> <p>El Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, en inglés) es una intervención de cambio de conducta de salud estructurada que brinda capacitación práctica en cambio dietético a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los desafíos de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio del Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, en inglés).</p>	<p>\$0 de copago por el beneficio de Programa de prevención de diabetes de Medicare (MDPP, en inglés).</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados 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 lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos que generalmente no son autoadministrados por el paciente y que se inyectan o administran como infusión mientras recibe servicios médicos, como paciente ambulatorio en el hospital o en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios • Insulina suministrada a través de un artículo de equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos administrados por medio de equipo médico duradero (como nebulizadores) autorizados por el plan • El medicamento para el Alzheimer, Leqembi[®], (nombre genérico lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite exploraciones y pruebas adicionales antes o durante el tratamiento que podrían aumentar sus costos generales. Hable con su médico sobre los riesgos, las exploraciones y las pruebas que puede necesitar para detectar el cáncer colorrectal 	<p>\$35 de copago para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare. El costo compartido para el suministro de un mes está limitado a \$35. La categoría de servicio y los deducibles del nivel del plan no se aplican.</p> <p>0% al 20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>0% al 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>	<p>Copago máximo de \$35 por los medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare. El costo compartido para el suministro de un mes está limitado a \$35. La categoría de servicio y los deducibles del nivel del plan no se aplican.</p> <p>0% al 20% de coseguro por los medicamentos de quimioterapia y radiación de la Parte B de Medicare.</p> <p>0% al 20% de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Factores de coagulación que usted se autoadministra por inyección, si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores o para trasplante: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por su trasplante de órganos. Usted debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento de recibir medicamentos inmunosupresores. Tenga en cuenta que la cobertura para medicamentos de Medicare (Parte D) cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre • Medicamentos inyectables contra la osteoporosis, si usted está confinado en casa, ha sufrido una fractura ósea que un médico certifica que se relaciona con osteoporosis posmenopáusica y no se puede autoadministrar el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si los prepara un médico y los administra una persona con la debida instrucción (puede ser usted, el paciente) con la debida supervisión. 		


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinados medicamentos anticancerígenos orales: Medicare cubre algunos medicamentos orales contra el cáncer que toma por vía oral si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo ingrediente activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que haya nuevos medicamentos orales contra el cáncer disponibles, la Parte B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí lo hará. • Medicamentos antieméticos orales: Medicare cubre los medicamentos orales antieméticos que usa como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas de la quimioterapia o si se usan como un reemplazo terapéutico completo de un medicamento intravenoso contra las náuseas. • Ciertos medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable y el beneficio de enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) de la Parte B lo cubre 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos calcimiméticos bajo el sistema de pago para enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés), incluido el medicamento intravenoso Parsabiv[®] y el medicamento oral Sensipar[®] • Ciertos medicamentos para diálisis en el domicilio, incluida la heparina, el antídoto para la heparina, cuando es médicamente necesario, y anestésicos tópicos. • Agentes estimulantes de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina por inyección si tiene enfermedad renal terminal (ESRD, en inglés) o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con ciertas otras afecciones (como Epogen[®], Procrit[®], Retacrit[®], Epoetin Alfa, Aranesp[®], Darbepoetin Alfa, Mircera[®] o Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta). • Inmunoglobulina endovenosa para el tratamiento en el hogar de enfermedades de inmunodeficiencia primaria. • Nutrición parenteral y enteral (alimentación intravenosa y por sonda). 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare (continuación)</p> <p>También cubrimos algunas vacunas conforme a la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos conforme a nuestro beneficio de medicamentos con receta de la Parte D.</p> <p>En el Capítulo 5, se explica el beneficio de los medicamentos con receta de la Parte D, incluidas las reglas que debe seguir para que estos estén cubiertos. En el Capítulo 6, se explica lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D a través de nuestro plan.</p> <p>Se requiere autorización previa para los medicamentos no insulínicos de la Parte B.</p>		
<p> Exámenes de detección de obesidad y terapia para promover la pérdida de peso sostenida</p> <p>Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos el asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento está cubierto si usted lo recibe en un entorno de cuidado primario, donde se puede coordinar con su plan de prevención integral. Hable con su médico de atención primaria o profesional médico para obtener más información.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el examen de detección de obesidad y tratamiento preventivos.</p>	<p>\$0 de copago por examen de detección y tratamiento preventivos de la obesidad.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios del programa de tratamiento por consumo de opioides</p> <p>Los miembros de nuestro plan con trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés) pueden recibir servicios de cobertura para tratar el trastorno por consumo de opioides (OUD, en inglés) a través de un Programa de Tratamiento por Consumo de Opioides (OTP, en inglés) que incluye los siguientes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicación para tratamiento asistido con medicamentos (MAT, en inglés) agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) de los EE. UU. • Despacho y administración de medicación para tratamiento asistido con medicamentos (MAT, en inglés) (si corresponde). • Asesoramiento para el trastorno de abuso de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas 	<p>\$25 de copago por servicios de tratamiento por consumo de opioides cubiertos por Medicare</p>	<p>\$25 de copago por servicios de tratamiento por consumo de opioides cubiertos por Medicare</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Radiografías • Radiación (radioterapia y terapia isotópica), incluidos materiales y suministros • Suministros quirúrgicos, tales como apósitos • Férulas, yesos y otros dispositivos utilizados para reducir fracturas y dislocaciones • Pruebas de laboratorio. • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. <p>• Otras pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</p> <p>Se requiere autorización previa para tomografías PET y servicios de radiología terapéuticos.</p>	<p>Radiografías para pacientes ambulatorios \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica 20% de coseguro del costo por servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer)</p> <p>Suministros médicos 20% de coseguro para suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios hematológicos 20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>	<p>Radiografías para pacientes ambulatorios \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de radiología terapéutica 20% de coseguro del costo por servicios cubiertos por Medicare (como tratamiento de radiación para el cáncer)</p> <p>Suministros médicos 20% de coseguro para suministros cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios de laboratorio \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Servicios hematológicos 20% de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.</p> <p>Pruebas y procedimientos de diagnóstico \$0 de copago por servicios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios (continuación)	Servicios de radiología de diagnóstico: \$95 de copago por servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas [MRI, en inglés] y tomografías computarizadas [CT, en inglés]).	Servicios de radiología de diagnóstico: \$95 de copago por servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas [MRI, en inglés] y tomografías computarizadas [CT, en inglés]).
Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que se brindan para determinar si usted necesita ser admitido como paciente internado o si puede ser dado de alta. Para que se cubran los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios, deben cumplir con los criterios de Medicare y ser considerados razonables y necesarios. Los servicios de observación están cubiertos solo si son provistos por orden de un médico u otra persona autorizada por una licencia estatal otorgada por ley y estatuto del personal del hospital para admitir a los pacientes en el hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios.	\$195 de copago por día por los servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.	\$195 de copago por servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios</p> <p>Cubrimos los servicios médicamente necesarios que usted reciba en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión.</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en un departamento de emergencias o en una clínica para pacientes ambulatorios, por ejemplo, servicios de observación o cirugía para pacientes ambulatorios. • Pruebas de diagnóstico y de laboratorio facturadas por el hospital • Cuidado de la salud mental, incluido cuidado de la salud en un programa de hospitalización parcial, si el médico certifica que sin este programa se requeriría tratamiento como paciente internado • Radiografías y otros servicios de radiología normalmente facturados por el hospital • Suministros médicos, como férulas y yesos. • Determinados medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo. 	<p>\$0 de copago por colonoscopias de diagnóstico.</p> <p>\$225 de copago para cirugías y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte estas filas para obtener información adicional sobre los beneficios:</p> <p>Servicios de emergencia Consulte la fila de <i>Atención de emergencia</i>.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios Consulte las filas de <i>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios y de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</i></p>	<p>\$0 de copago por colonoscopias de diagnóstico.</p> <p>\$225 de copago para cirugías y servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p> <p>Consulte estas filas para obtener información adicional sobre los beneficios:</p> <p>Servicios de emergencia Consulte la fila de <i>Atención de emergencia</i>.</p> <p>Cirugía para pacientes ambulatorios Consulte las filas de <i>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios y de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios.</i></p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios (continuación)</p> <p>Nota: A menos que el proveedor haya redactado una orden para admitir su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y debe pagar las sumas de costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte al personal del hospital.</p> <p>También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare titulada <i>Beneficios de hospital de Medicare</i>. Esta hoja informativa está disponible en el sitio web https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o puede obtenerla al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Usted puede llamar a estos números gratuitos las 24 horas del día, los 7 días de la semana.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Pruebas de diagnóstico y de laboratorio, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos</p> <p>Consulte la fila <i>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Cuidado de la salud mental y hospitalización parcial.</p> <p>Consulte las filas de <i>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios y Servicios de hospitalización parcial y Servicios intensivos para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo.</p> <p>Consulte la fila <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.</p>	<p>Pruebas de diagnóstico y de laboratorio, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos</p> <p>Consulte la fila <i>Suministros y servicios terapéuticos y pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Cuidado de la salud mental y hospitalización parcial.</p> <p>Consulte las filas de <i>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios y Servicios de hospitalización parcial y Servicios intensivos para pacientes ambulatorios</i>.</p> <p>Medicamentos y productos biológicos que usted no puede suministrarse a sí mismo.</p> <p>Consulte la fila <i>Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare</i>.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Cuidado de la salud mental para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <p>Los servicios de salud mental provistos por un psiquiatra o médico matriculados, psicólogo clínico, trabajador social clínico, especialista en enfermería clínica, terapeuta profesional autorizado (LPC, en inglés), terapeuta matrimonial y familiar autorizado (LMFT, en inglés), enfermero practicante (NP, en inglés), asistente médico (PA, en inglés) u otro proveedor de atención médica mental calificado por Medicare según lo permitido por las leyes aplicables del estado.</p>	<p>\$25 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$25 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$25 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de cuidado de la salud mental (que no es psiquiatra).</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de cuidado de la salud mental (que no es psiquiatra).</p>	<p>\$25 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$25 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un psiquiatra.</p> <p>\$25 de copago por cada visita de terapia individual cubierta por Medicare con un profesional de cuidado de la salud mental (que no es psiquiatra).</p> <p>\$10 de copago por cada visita de terapia grupal cubierta por Medicare con un profesional de cuidado de la salud mental (que no es psiquiatra).</p>
<p>Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen: fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla.</p> <p>Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios se brindan en varios centros ambulatorios, como departamentos de cuidado ambulatorio en hospitales, consultorios de terapeutas independientes y Centros de rehabilitación integral para pacientes ambulatorios (CORF, en inglés).</p>	<p>\$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$35 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>	<p>\$35 de copago por cada visita de terapia ocupacional cubierta por Medicare.</p> <p>\$35 de copago por cada visita de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de trastorno de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios</p> <p>La cobertura incluye servicios de tratamiento que son provistos por el departamento de pacientes ambulatorios del hospital si, por ejemplo, le han dado de alta de su internación para el tratamiento de abuso de sustancias o si necesita un tratamiento, pero no requiere la disponibilidad ni la intensidad de los servicios provistos en la internación del hospital.</p> <p>La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas generalmente aplicables a la cobertura de servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios.</p>	<p>\$25 de copago por cada consulta por terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada consulta por terapia grupal cubierta por Medicare.</p>	<p>\$25 de copago por cada consulta por terapia individual cubierta por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada consulta por terapia grupal cubierta por Medicare.</p>
<p>Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos los servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos para pacientes ambulatorios y de observación hospitalaria para pacientes ambulatorios</p> <p>Nota: Si se realizará una cirugía en un centro hospitalario, debe verificar con su proveedor si usted estará en calidad de paciente internado o paciente ambulatorio. A menos que el proveedor emita una orden de admisión como paciente internado al hospital, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos de costos compartidos correspondientes a cirugía para pacientes ambulatorios. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.</p> <p>Se requiere autorización previa.</p>	<p>Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, usted paga \$150 de copago.</p> <p>Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga \$225 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.</p>	<p>Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios, usted paga \$150 de copago.</p> <p>Por los servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario para pacientes ambulatorios, usted paga \$225 de copago.</p> <p>Usted paga \$0 de copago por una colonoscopia de diagnóstico.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios</p> <p><i>Hospitalización parcial</i> es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo brindado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o por un centro de salud mental comunitario, que es más intensivo que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta familiar (LMFT, en inglés) y es una alternativa a la hospitalización.</p> <p>El <i>servicio intensivo para pacientes ambulatorios</i> es un programa estructurado de tratamiento activo de terapia de salud conductual (mental) proporcionado en el departamento para pacientes ambulatorios de un hospital, un centro de salud mental comunitario, un centro de salud calificado a nivel federal o una clínica de salud rural, el cual es más intenso que la atención recibida en el consultorio de su médico o terapeuta matrimonial y familiar con licencia (LMFT, en inglés) pero menos intenso que la hospitalización parcial.</p> <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>	<p>\$80 de copago por día por los servicios de hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$80 de copago por día por los servicios de hospitalización parcial y los servicios intensivos para pacientes ambulatorios cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Beneficio del Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS, en inglés)</p> <p>El Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS, en inglés) es un sistema de alerta médica que ofrece monitoreo continuo en el hogar y móvil. Recibirá un dispositivo móvil de Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS, en inglés) con GPS, detección de caídas y enlaces a otros servicios del plan, así como acceso a profesionales capacitados para evaluar la naturaleza de la llamada y coordinar la asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. El dispositivo es proporcionado por el proveedor contratado del plan.</p>	<p>\$0 de copago para el beneficio del Sistema Personal de Respuesta a Emergencias (PERS, en inglés).</p>	<p>No cubierto.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios del médico o profesional médico, incluidas visitas al consultorio médico</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de atención médica o quirúrgicos necesarios por razones médicas recibidos en el consultorio del médico, centro quirúrgico para pacientes ambulatorios certificado, departamento para pacientes ambulatorios hospitalario o cualquier otro lugar. • Consultas, diagnósticos y tratamientos con un especialista. • Exámenes básicos de audición y equilibrio realizados por su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) o especialista, si su médico los ordena para determinar si necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, que incluyen: servicios de médicos de atención primaria, servicios de especialistas médicos, sesiones individuales para servicios especializados de salud mental, sesiones grupales para servicios especializados de salud mental <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene la opción de obtener estos servicios a través de una consulta en persona o por telesalud. Si opta por recibir uno de estos servicios a través de telesalud, debe usar un proveedor de la red que ofrezca el servicio a través de este medio. 	<p>\$0 de copago por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada visita a especialistas cubierta por Medicare.</p> <p>Por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica (como enfermeros practicantes y asistentes médicos), usted paga \$20 de copago.</p> <p>Por beneficios adicionales de telesalud, usted paga \$15 de copago por servicios médicos de atención primaria, servicios de especialistas, sesiones individuales y sesiones grupales de servicios especializados de salud mental.</p>	<p>\$0 de copago por cada visita de atención primaria cubierta por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada visita a especialistas cubierta por Medicare.</p> <p>Por cada visita cubierta por Medicare con otros profesionales de atención médica (como enfermeros practicantes y asistentes médicos), usted paga \$20 de copago.</p> <p>Por beneficios adicionales de telesalud, usted paga \$15 de copago por servicios médicos de atención primaria, servicios de especialistas, sesiones individuales y sesiones grupales de servicios especializados de salud mental.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios del médico o profesional médico, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Puede tener una consulta de telesalud en línea a través de su computadora, tableta o teléfono inteligente. La atención de telesalud le permite lo siguiente: Hablar con su proveedor de atención médica por teléfono o por video. Enviar mensajes con su proveedor de atención médica de manera segura. ● Algunos servicios de telesalud, incluida la consulta, el diagnóstico y el tratamiento brindados por un médico o proveedor médico para pacientes en determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare. ● Servicios de telesalud para las consultas mensuales sobre enfermedades renales en etapa terminal de miembros con diálisis domiciliaria en centros de diálisis renal de hospitales, hospitales de acceso crítico, centros 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 el abuso de sustancias o trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios del médico o profesional médico, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 consulta presencial dentro de los 6 meses previos a su primera visita de telesalud. ○ tiene una consulta presencial cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud. ○ Es posible hacer excepciones a lo mencionado anteriormente ante ciertas circunstancias. • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Acreditados a Nivel Federal. • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o videochat) con su médico durante 5-10 minutos si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y ○ el control no se relaciona con una consulta médica en los últimos 7 días y ○ la revisión no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. • Evaluación de los vídeos o imágenes que le envíe a su médico e interpretación y seguimiento por parte de este en un plazo de 24 horas si: <ul style="list-style-type: none"> ○ no es un paciente nuevo; y 		


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios del médico o profesional médico, incluidas visitas al consultorio médico (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la evaluación no se relaciona con una visita al consultorio en los últimos 7 días, y ○ la evaluación no conduce a una visita médica dentro de 24 horas o a la cita médica más próxima disponible. ● Consultas que su médico realiza a otros médicos por teléfono, por Internet o a los registros electrónicos de salud. ● Una segunda opinión de otro proveedor de la red antes de una cirugía. ● Cuidado dental no rutinario (los servicios cubiertos están limitados a cirugías mandibulares o estructuras relacionadas, reducción de fracturas mandibulares o de huesos faciales, extracción de piezas dentarias para preparar la mandíbula para tratamientos con radiación de enfermedades neoplásicas malignas o servicios que se cubrirían al ser provistos por un médico). 		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de podología</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (como dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado rutinario de los pies para miembros que padecen ciertas afecciones médicas que afectan las extremidades inferiores. <p>Además de los beneficios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente, este plan también cubre lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de rutina de los pies: 12 visitas cada año 	<p>\$15 de copago por cada visita para servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada consulta de podología de rutina.</p>	<p>\$15 de copago por cada visita para servicios de podología cubiertos por Medicare.</p> <p>\$15 de copago por cada consulta de podología de rutina.</p>
<p>Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita a domicilio con un proveedor para revisar los medicamentos recetados antes de una hospitalización y los recetados mientras está hospitalizado en un centro. Se revisarán todos los medicamentos para garantizar que solo esté tomando lo que necesite para mantenerse sano. 	<p>\$0 de copago por servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.</p>	<p>\$0 de copago por servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Exámenes de detección de cáncer de próstata</p> <p>Para hombres a partir de los 50 años de edad, los servicios cubiertos incluyen los siguientes exámenes – una vez cada 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tacto rectal • Prueba de antígeno prostático específico (PSA, en inglés) 	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para una prueba de antígeno prostático específico (PSA, en inglés) anual.</p> <p>\$0 de copago por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por una prueba de antígeno prostático específico (PSA, en inglés) anual.</p> <p>\$0 de copago por un tacto rectal anual cubierto por Medicare.</p>
<p>Dispositivos ortopédicos y de prótesis y materiales relacionados</p> <p>Dispositivos (que no sean dentales) que reemplacen una parte o función del cuerpo de manera total o parcial. Estos incluyen, entre otros: pruebas y ajustes o capacitación para el uso de dispositivos ortopédicos y de prótesis como: bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con cuidados de colostomía, marcapasos, dispositivos ortopédicos, calzado ortopédico, extremidades artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico después de una mastectomía). Incluyen ciertos suministros relacionados con los dispositivos ortopédicos y prótesis y la reparación o el reemplazo de dispositivos ortopédicos. También incluyen cierto grado de cobertura después de una extirpación de cataratas o cirugía de cataratas; consulte Cuidado para la vista más adelante en esta sección para obtener más información.</p> <p>Se requiere autorización previa para dispositivos que cuesten \$500 o más.</p>	<p>20% de coseguro para dispositivos ortopédicos y de prótesis cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>	<p>20% de coseguro para dispositivos ortopédicos y de prótesis cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por suministros relacionados cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para los miembros que tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, en inglés) de moderada a muy grave y una orden del médico para rehabilitación pulmonar que trata la enfermedad respiratoria crónica.</p>	\$35 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	\$35 de copago por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
<p>Prevención de nueva admisión Los beneficios incluyen una visita domiciliaria o al proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) con el proveedor designado por el Plan, incluida la evaluación de las necesidades de salud posterior al alta.</p>	\$0 de copago por el beneficio de prevención de nueva admisión.	\$0 de copago por el beneficio de prevención de nueva admisión.
<p>Tecnologías de acceso remoto El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Línea directa de enfermería 	\$0 de copago por llamadas a la línea directa de enfermería para obtener asesoramiento sobre opciones de tratamiento.	Los beneficios de las tecnologías de acceso remoto no están cubiertos.

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol</p> <p>Cubrimos pruebas de detección para adultos por consumo inadecuado de alcohol con Medicare (incluidas embarazadas) que consumen alcohol de forma inadecuada, pero no son alcohólicos.</p> <p>Si se le diagnostica que usted consume alcohol de forma inadecuada, puede recibir hasta 4 sesiones presenciales breves de asesoramiento por año (si es competente y está alerta durante el asesoramiento) proporcionadas por un médico de atención primaria o proveedor médico calificados en un entorno de atención médica primaria.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible por el beneficio de examen de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol, cubierto por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por el beneficio preventivo de examen de detección y asesoramiento para reducir el consumo de alcohol de forma inadecuada, cubierto por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés)</p> <p>Para personas elegibles, se cubre una tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) cada 12 meses.</p> <p>Los miembros elegibles son: personas de 50 a 77 años de edad que no tienen signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero que tienen antecedentes de tabaquismo de al menos 20 paquetes-año y que actualmente fuman y han dejado de fumar en los últimos 15 años, que reciben una orden escrita para tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) durante un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y una consulta de toma de decisión compartida que cumple con los criterios de Medicare para dichas consultas y proporcionada por un médico o profesional no médico calificado.</p>	<p>No hay coseguro, copago ni deducible para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare ni para la tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés).</p>	<p>\$0 de copago para el asesoramiento y la consulta de toma de decisión compartida cubiertos por Medicare o para la tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés).</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) (continuación)</p> <p><i>Para los exámenes de detección de cáncer de pulmón con una tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) después del examen preventivo de tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés) inicial: los miembros deben recibir una orden escrita para examen de detección de cáncer de pulmón de tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés), que puede ser proporcionada durante cualquier consulta adecuada a un médico o profesional no médico calificado. Si un médico o profesional no médico calificado opta por proporcionar un asesoramiento de examen de detección de cáncer de pulmón y consulta de toma de decisión compartida para exámenes preventivos posteriores de cáncer de pulmón con una tomografía computada de baja dosis (LDCT, en inglés), la consulta debe cumplir los criterios de Medicare para dichas consultas.</i></p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Examen de detección para infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) y asesoramiento para prevenirlas</p> <p>Cubrimos los exámenes de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) para clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estos exámenes de detección están cubiertos para mujeres embarazadas y determinadas personas que corren más riesgo de padecer una infección de transmisión sexual (STI, en inglés) cuando un proveedor de atención primaria indica que se realicen dichos exámenes. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en determinados momentos durante el embarazo.</p> <p>También cubrimos hasta dos sesiones presenciales individuales por año, de asesoramiento conductual intensivo, de 20 a 30 minutos de duración, para adultos sexualmente activos con alto riesgo de infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés). Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son provistas por un proveedor de atención primaria y se realizan en un entorno de atención médica primaria, como en un consultorio médico.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por el beneficio preventivo de examen de detección de infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) y asesoramiento para infecciones de transmisión sexual (STI, en inglés) cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales</p> <p>Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado renal y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas acerca de su cuidado de la salud. Para miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, siempre que cuenten con una remisión de su médico, cubrimos hasta seis sesiones de servicios educativos sobre enfermedades renales en toda la vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios, incluidos tratamientos de diálisis cuando el paciente se encuentra temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no se encuentre disponible o no puede atenderse con este de manera provisional. • Tratamientos de diálisis en pacientes hospitalizados (si se le interna en un hospital para recibir cuidados especiales) • Capacitación para realizarse autodiálisis (incluye la capacitación para usted y para la persona que le ayude con el tratamiento de diálisis en su hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar 	<p>\$0 de copago por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare.</p> <p>20% de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ciertos servicios de respaldo en su hogar (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de asistentes capacitados en diálisis para controlar la diálisis en su hogar, para asistirle en casos de emergencias y controlar su equipo de diálisis y suministro de agua) <p>Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos conforme a sus beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección Medicamentos recetados de la Parte B de Medicare.</p>		


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) (La definición de atención en centros de enfermería especializada se incluye en el Capítulo 12 de este documento. Los centros de enfermería especializada a veces se denominan centros de enfermería especializada [SNF, en inglés]).</p> <p>Está cubierto por 100 días por período de beneficio para internaciones en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) cubiertas por Medicare. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habitación semiprivada (o privada, de ser necesario por razones médicas) • Comidas, incluidas las dietas especiales • Servicios de enfermería especializada • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla • Medicamentos administrados como parte de su plan de cuidado (esto incluye sustancias que están naturalmente presentes en el cuerpo, como los factores coagulantes de la sangre). • Sangre (incluidas la conservación y administración). La cobertura de sangre completa y glóbulos rojos empacados (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos normalmente provistos por los centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) 	<p>No se requiere hospitalización antes del ingreso.</p> <p>Para las internaciones en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) cubiertas por Medicare, usted paga: \$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$214 de copago por día por los días 21 a 100.</p>	<p>No se requiere hospitalización antes del ingreso.</p> <p>Para las internaciones en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) cubiertas por Medicare, usted paga: \$0 de copago por día para los días 1 a 20; \$214 de copago por día por los días 21 a 100.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) (continuación)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas de laboratorio provistas normalmente por los centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) • Radiografías y otros servicios de radiología provistos normalmente por los centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, normalmente provistos por los centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) • Servicios del médico o profesional médico <p>En general, recibirá atención de centros de enfermería especializada (SNF, en inglés) en los centros que forman parte de la red. Sin embargo, en ciertas condiciones como las que se indican a continuación, usted podrá pagar costos compartidos dentro de la red por un centro que no es un proveedor de la red, si el centro acepta los montos de pago establecidos para nuestro plan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un hogar de ancianos o una comunidad de jubilación de cuidado continuo donde estaba viviendo justo antes de ingresar al hospital (siempre que el lugar brinde cuidado de un centro de enfermería especializada) • Un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés) donde su cónyuge o pareja vive en el momento en que usted abandona el hospital. <p>Se requiere autorización previa para los servicios.</p>		

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Dejar de fumar y de consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar y 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 con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses como servicio médico preventivo sin costo para usted. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</p> <p><u>Si usted consume tabaco y se le diagnosticó una enfermedad relacionada con el tabaco o toma medicamentos que pueden verse afectados por el tabaco:</u> Cubrimos servicios de asesoramiento para dejar de fumar. Cubrimos dos intentos con asesoramiento para dejar de fumar en un periodo de 12 meses; sin embargo, usted pagará el costo compartido correspondiente. Cada sesión de asesoramiento incluye hasta cuatro consultas en persona.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>	<p>\$0 de copago para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.</p>


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés)</p> <p>La terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) está cubierta para los miembros que tienen una enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, en inglés). Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen con los requisitos para el programa de terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés). El programa de terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) debe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consistir de sesiones de 30 a 60 minutos de duración, que comprenden un programa terapéutico de entrenamiento con ejercicios para la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, en inglés) en pacientes con claudicación • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes ambulatorios o en el consultorio de un médico • Estar a cargo de personal auxiliar acreditado necesario para garantizar que los beneficios superen los daños y capacitado en la terapia con ejercicios para la enfermedad arterial periférica sintomática (PAD, en inglés) • Contar con la supervisión directa de un médico, asistente médico o enfermero practicante/especialista en enfermería clínica con capacitación en técnicas de soporte vital tanto básicas como avanzadas <p>La terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) puede estar cubierta más allá de 36 sesiones durante 12 semanas e incluir otras 36 sesiones durante un período prolongado si un proveedor de cuidado de la salud lo considera necesario por razones médicas.</p>	<p>\$30 de copago por cada consulta de terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) cubierta por Medicare.</p>	<p>\$30 de copago por cada consulta de terapia de ejercicio supervisado (SET, en inglés) cubierta por Medicare.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Servicios de urgencia</p> <p>Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado el tiempo, el lugar y las circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con los que el plan contrata. Los costos compartidos por servicios de urgencia necesarios provistos fuera de la red son los mismos que por dichos servicios prestados dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.</p> <p>La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila de <i>Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo</i> para obtener más detalles.</p>	\$45 de copago por cada visita cubierta por Medicare.	


Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p>Cuidado para la vista</p> <p>Entre los servicios cubiertos por Medicare se incluyen los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracciones oculares) para anteojos/lentes de contacto. •  Para las personas con alto riesgo de glaucoma, el plan cubre un examen de detección de glaucoma cada año. Las personas con alto riesgo de glaucoma pueden ser las siguientes: personas con antecedentes familiares de glaucoma, diabéticos y afroamericanos que tienen 50 años o más, e hispanoamericanos de 65 años o más • Para las personas con diabetes, el examen de detección de retinopatía diabética está cubierto una vez por año • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la inserción de lentes intraoculares (si se somete a dos operaciones de cataratas por separado, no puede conservar el beneficio después de la primera cirugía ni comprar dos pares de anteojos después de la segunda). 	<p>Cuidado para la vista cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>\$0 de copago por un examen de detección de glaucoma al año.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p>	<p>Cuidado para la vista cubierto por Medicare</p> <p>\$0 de copago por cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la vista.</p> <p>\$0 de copago por un examen de detección de glaucoma al año.</p> <p>\$0 de copago por un par de anteojos o lentes de contacto después de la cirugía de cataratas.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente:		
Asignación para beneficios flexibles combinados de odontología, oftalmología y audición. Esto se conoce como su “Beneficio Flexible”.	Monto máximo de cobertura del plan de \$525 cada 3 meses para todos los exámenes de la vista de rutina y artículos para la vista. Este beneficio flexible combinado es una asignación trimestral que se puede utilizar para beneficios de odontología, oftalmología y audición. El saldo no utilizado se transferirá al siguiente período. Usted es responsable de todos los costos que excedan el monto del beneficio combinado para los beneficios flexibles.	
<ul style="list-style-type: none"> • *Exámenes de la vista de rutina: exámenes ilimitados cada año • *Anteojos (lentes y marcos): pares ilimitados cada año • *Lentes para anteojos: pares ilimitados cada año • *Marcos de anteojos: pares ilimitados cada año • *Lentes de contacto: pares ilimitados cada año • *Actualizaciones de artículos para la vista 	<p>\$0 de copago por cada consulta de examen ocular de rutina.</p> <p>\$0 de copago por anteojos de rutina.</p> <p>\$0 de copago por lentes de anteojos de rutina.</p> <p>\$0 de copago por marcos de anteojos de rutina.</p> <p>\$0 de copago por lentes de contacto de rutina.</p> <p>\$0 de copago para actualizaciones.</p>	<p>\$0 de copago por cada consulta de examen ocular de rutina.</p> <p>\$0 de copago por anteojos de rutina.</p> <p>\$0 de copago por lentes de anteojos de rutina.</p> <p>\$0 de copago por marcos de anteojos de rutina.</p> <p>\$0 de copago por lentes de contacto de rutina.</p> <p>\$0 de copago para actualizaciones.</p>

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios cubiertos para usted	Lo que usted debe pagar cuando usted recibe estos servicios	
	En la red	Fuera de la red
<p> Consulta preventiva de Bienvenida a Medicare</p> <p>El plan cubre una visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> por única vez. La consulta incluye una revisión de su salud, así como información y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidos ciertos exámenes de detección o inyecciones [o vacunas]), y remisiones para otro tipo de atención, si es necesario.</p> <p>Importante: Cubrimos la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i> únicamente en los primeros 12 meses en que tiene la Parte B de Medicare. Cuando programe su cita, informe al personal del consultorio de su médico que desearía programar una consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>No se aplica coseguro, copago ni deducible para la visita preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>	<p>\$0 de copago por la consulta preventiva de <i>Bienvenida a Medicare</i>.</p>
<p>Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo</p> <p>El beneficio incluye lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia • Atención de urgencia • Servicios de transporte de atención de emergencia y de urgencia 	<p>Monto máximo de cobertura del beneficio del plan de \$75,000 cada año para el beneficio en todo el mundo.</p> <p>\$120 de copago por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>\$120 de copago por cada consulta de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p> <p>\$120 de copago por cada servicio de transporte para la atención de emergencia y la atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.</p>	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

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

Sección 3.1 Servicios que *no* cubrimos (exclusiones)

En esta sección, se describen los servicios excluidos de la cobertura de Medicare y que, por lo tanto, este plan no cubre.

En el siguiente gráfico, se describen los servicios y suministros que no están cubiertos bajo ninguna condición y que están cubiertos solamente bajo condiciones específicas.

Si recibe servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagar por ellos, excepto en las condiciones específicas que se indican a continuación. Incluso cuando reciba los servicios excluidos en un centro de atención de emergencia, estos no estarán cubiertos y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se realiza una apelación sobre el servicio y, tras la apelación se determina que se trata de un servicio médico que deberíamos haber pagado o cubierto por su situación en particular. (Para obtener más información sobre cómo apelar una decisión que hemos tomado de no cubrir un servicio médico, consulte el Capítulo 9, Sección 5.3 de este documento).

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Cirugías o procedimientos cosméticos		<ul style="list-style-type: none"> Cubiertos en casos de una lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro del cuerpo mal formado. Cubiertos para todas las etapas de reconstrucción de la mama después de una mastectomía, así como para la mama no afectada para lograr un aspecto simétrico.
<p>Cuidado de custodia</p> <p>El cuidado de custodia es la atención personal que no requiere la atención constante de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, cuidados que ayudan al paciente con actividades de la vida cotidiana, tales como bañarse o vestirse.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
<p>Procedimientos, equipos y medicamentos quirúrgicos y médicos experimentales</p> <p>Los procedimientos y artículos experimentales son aquellos artículos y procedimientos que generalmente no son aceptados por la comunidad médica según Original Medicare.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Pueden estar cubiertos por Original Medicare dentro 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 estudios de investigación clínica).</p>
<p>Los honorarios por atención cobrados por sus familiares directos o personas que viven en su casa.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Atención de enfermeros de tiempo completo en su hogar.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Servicios de naturopatía (uso de tratamientos naturales o alternativos).</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Calzado ortopédico o dispositivos de soporte para pies.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Zapatos que forman parte de un aparato ortopédico para la pierna y que están incluidos en su costo. Calzado ortopédico o terapéutico para personas con pie diabético.
<p>Objetos de uso personal en su habitación de hospital o centro de enfermería especializada, como un teléfono o televisión.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Sala privada en un hospital.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Solo cubierto cuando es médicamente necesario.
<p>Anulación de procedimientos de esterilización o dispositivos anticonceptivos no recetados.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	
<p>Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros tipos de asistencia para la visión disminuida.</p>	No cubiertos bajo ninguna condición	

Capítulo 4 Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)

Servicios no cubiertos por Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	Cubiertos solamente bajo condiciones específicas
Servicios considerados no razonables y necesarios, de acuerdo con los estándares de Original Medicare	No cubiertos bajo ninguna condición	

CAPÍTULO 5:

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

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

SECCIÓN 1 Introducción

En este capítulo, se **explican las reglas para utilizar la cobertura de los medicamentos de la Parte D**. Consulte el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de Medicare Parte B 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 que siga estas normas básicas:

- Un proveedor (un médico, dentista u otra persona autorizada a emitir recetas) debe emitir una receta médica, la cual debe ser válida según la ley estatal aplicable.
- Su profesional que receta no debe figurar en las Listas de exclusión o preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe utilizar una farmacia de la red para obtener sus medicamentos con receta. (Consulte la Sección 2 de este capítulo). O puede surtir su receta a través del servicio de pedido por correo del plan.
- Su medicamento debe estar en la *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)* del plan (nosotros la denominamos Lista de medicamentos). (Consulte la Sección 3 de este capítulo).
- El medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. Una indicación médica aceptada consiste en el uso de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos, o avalado por determinados libros de referencia. (Para obtener más información sobre una indicación médica aceptada, consulte la Sección 3 de este capítulo).
- Es posible que su medicamento requiera aprobación antes de que lo cubramos. (Consulte la Sección 4 de este capítulo para obtener más información sobre las restricciones de su cobertura).

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

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

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

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

Una farmacia de la red es una farmacia que tiene un contrato con el plan para proporcionarle sus medicamentos con receta cubiertos. El término medicamentos cubiertos significa todos los medicamentos con receta de la Parte D que están en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.2 Farmacias de la red

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

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

Usted puede ir a cualquiera de las farmacias de nuestra red.

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

Si la farmacia que usted utiliza normalmente deja de pertenecer a la red del plan, deberá buscar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, puede pedir ayuda a Servicios para Miembros o consultar el *Directorio de Farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/pharmacy-info/.

¿Qué hacer si necesita una farmacia especializada?

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

- Farmacias que suministran medicamentos para terapia de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de centros de atención a largo plazo (LTC, en inglés). Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene alguna dificultad para acceder a los beneficios de la Parte D en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés), comuníquese con Servicios para Miembros.
- Farmacias que prestan servicios a Indian Health Service o al Programa de salud para nativos americanos tribales o urbanos (no disponible en Puerto Rico). Excepto en casos de emergencia, únicamente indígenas americanos o nativos de Alaska pueden tener acceso a estas farmacias en nuestra red.
- Farmacias que despachan medicamentos que están restringidos por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) para ciertos lugares o que requieren manejo especial, coordinación del proveedor o información sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, busque en el *Directorio de Farmacias* www.goldkidney.com/pharmacy-info/ o llame a Servicios para Miembros.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.3 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan**

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red del plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada. Los medicamentos que *no* están disponibles a través del servicio de pedido por correo del plan están marcados con “NM” (No disponible para el servicio de pedido por correo) en nuestra Lista de medicamentos.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite hacer el pedido de un **suministro de hasta 100 días**.

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

Por lo general, recibirá un pedido de la farmacia de pedido por correo en menos de 10 días. Si se retrasa, llame a Servicios para Miembros de la Parte D al 1-888-672-7206.

Recetas nuevas que la farmacia recibe directamente del consultorio médico.

La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas que reciba de los proveedores de atención médica, sin comprobar con usted primero, si:

- Utilizó servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o
- Se inscribe para la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos recibidos directamente de proveedores de cuidado de la salud. Puede solicitar la entrega automática de todos los medicamentos con receta nuevos en cualquier momento llamando a Birdi Mail Order al 855-873-8739 (TTY 711).

Si recibe automáticamente por correo un medicamento con receta que no quiere, y no se comunicaron con usted para ver si lo quería antes del envío, puede reunir los requisitos para un reembolso.

Si utilizó el servicio de pedido por correo en el pasado y no quiere que la farmacia surta automáticamente cada receta nueva y le envíe los medicamentos, llame a Birdi Mail Order al 855-873-8739 (TTY 711).

Si nunca usó nuestro servicio de pedidos por correo y decide detener los resurtidos automáticos de las recetas nuevas, la farmacia se comunicará con usted cada vez que reciba una receta nueva de un proveedor de cuidado de salud, para averiguar si usted quiere que surtan y envíen el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia se comunique con usted para informarle si debe enviar, retrasar o cancelar la nueva receta médica.

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

Para cancelar las entregas automáticas de nuevas recetas recibidas directamente del consultorio de su proveedor de cuidado de la salud, llame a Birdi Mail Order al 855-873-8739 (TTY 711).

Resurtidos de medicamentos de venta con receta de pedido por correo. Para renovar sus medicamentos, puede registrarse en un programa de resurtido automático. Con este programa, comenzaremos a procesar su próxima renovación automáticamente cuando nuestros registros nos muestren que se está quedando sin medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes de enviar cada resurtido para asegurarse de que necesita más medicamentos, y usted podrá cancelar los resurtidos programados si todavía tiene una cantidad suficiente de medicamento o si se lo cambiaron.

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

Para optar por no participar en nuestro programa que prepara automáticamente los resurtidos de pedido por correo, comuníquese con Birdi Mail Order al 855-873-8739 (TTY 711).

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

Sección 2.4	¿Cómo puede obtener un suministro de medicamentos a largo plazo?
--------------------	---

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, el costo compartido puede ser menor. El plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado) de medicamentos de mantenimiento en nuestra Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma en forma regular, por una afección médica crónica o prolongada).

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un monto de costo compartido más bajo. En el *Directorio de farmacias* www.goldkidney.com/pharmacy-info/ se indica qué farmacias de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar al Departamento de 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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 2.5 ¿Cuándo puede utilizar una farmacia que no forme parte de la red del plan?****Su medicamento con receta puede estar cubierto en ciertas situaciones**

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se surten en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. Para ayudarle, contamos con farmacias de la red fuera de nuestra área de servicio, donde puede surtir sus medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Le pedimos que primero se comuniqué con Servicios para Miembros** a fin de que le informen si existe una farmacia de la red cerca de usted. Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

Estos son los casos en que podemos cubrir medicamentos con receta adquiridos en una farmacia fuera de la red:

El plan cubrirá medicamentos con receta fuera de la red para viajes prolongados fuera del área o para situaciones de urgencia o emergencia.

¿Cómo solicitar un reembolso al plan?

Si debe utilizar una farmacia fuera de la red, por lo general, deberá pagar el costo total del medicamento con receta (en lugar de pagar la parte del costo que habitualmente le corresponde) cuando lo obtenga. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En el capítulo 7, sección 2, se explica cómo solicitar el reembolso al plan).

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

Sección 3.1 La Lista de medicamentos le informa sobre los medicamentos de la Parte D que están cubiertos

El plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*. En esta *Evidencia de Cobertura*, la llamamos “**Lista de medicamentos**”.

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

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

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

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

- la Administración de Medicamentos y Alimentos aprobó para el diagnóstico o la afección para los que se recetó; o
- está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX (Micromedex).

La Lista de medicamentos incluye medicamentos de marca, medicamentos genéricos y productos biológicos (que pueden incluir biosimilares).

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo un nombre de marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando hacemos referencia a medicamentos, podemos referirnos a un medicamento o a un producto biológico.

Un medicamento genérico es un medicamento con receta que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Los productos biológicos tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los medicamentos genéricos y productos biosimilares funcionan tan bien como los medicamentos de marca y los productos biológicos originales y, generalmente, cuestan menos. Existen sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, según la ley estatal, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Consulte el Capítulo 12 para obtener información sobre definiciones de los tipos de medicamentos que pueden estar en la Lista de medicamentos.

¿Cuáles son los medicamentos que *no* están 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, 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.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**Sección 3.2 Hay 5 categorías de costo compartido para medicamentos en la Lista de medicamentos**

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en una de las 5 categorías de costo compartido. En general, cuanto mayor sea la categoría de costos compartidos, mayor será el costo del medicamento que le corresponderá pagar:

- Categoría 1, medicamentos genéricos preferidos: medicamentos genéricos disponibles en la categoría de costos compartidos más bajo del plan.
- Categoría 2, medicamentos genéricos: medicamentos genéricos que el plan ofrece a un costo para los miembros que es igual o superior al costo compartido de los medicamentos de la categoría 1. Usted paga \$5 de copago por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.
- Categoría 3, medicamentos de marca preferidos: medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo para los miembros que es inferior al costo de los medicamentos de la categoría 4. Usted paga \$35 de copago por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.
- Categoría 4, medicamentos de marca no preferidos: medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo para los miembros que es superior al costo de los medicamentos de la categoría 3.
- Categoría 5, categoría de medicamentos especializados: Incluye un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos genéricos o de marca son los medicamentos más costosos del formulario. El costo compartido de estos medicamentos será mayor que el de los medicamentos de la categoría 4.

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

En el Capítulo 6 (*Lo que usted paga por sus medicamentos recetados de la Parte D*) se indica el monto que paga por los medicamentos de cada categoría de costos compartidos.

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

Existen 4 maneras de verificar esto:

1. Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos de manera electrónica.
2. Visite el sitio web del plan (www.goldkidney.com/pharmacy-formulary). La Lista de medicamentos que se publica en el sitio web siempre es la más actualizada.
3. Comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros para verificar si un

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

medicamento en particular está incluido en la lista de medicamentos o para solicitar una copia de la lista.

- Utilice la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan (<https://goldkidney.com/covered-drugs/> 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?

Hay reglas especiales que restringen la manera y el tiempo en que el plan cubre ciertos medicamentos con receta. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas reglas para recomendarles a usted y a su proveedor cómo utilizar los medicamentos de la manera más eficaz. Para saber si algunas de estas restricciones se aplican a un medicamento que usted utiliza o desea utilizar, consulte la lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro de menor costo presenta la misma eficacia médica que un medicamento de mayor costo, las reglas del plan están diseñadas para recomendar que usted y su proveedor utilicen ese medicamento de menor costo.

Tenga en cuenta que, en ocasiones, 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 cuidado de la salud, y pueden aplicarse diferentes restricciones o costos compartidos a las diferentes versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg frente a 100 mg; una vez por día frente a dos veces por día; comprimido frente a líquido).

Sección 4.2 ¿Cuáles son los tipos de restricciones?

En las secciones siguientes encontrará más información sobre los tipos de restricciones que aplicamos a determinados medicamentos.

Si hay alguna restricción para su medicamento, generalmente significará que usted o su proveedor tendrán que dar algunos pasos adicionales para que nosotros cubramos dicho medicamento. Póngase en contacto con Servicios para Miembros para saber qué debe hacer usted o su proveedor para obtener la cobertura del medicamento. Si desea quedar exento de la restricción, deberá utilizar el proceso de decisión de cobertura y solicitarnos que hagamos una excepción. Es posible que aceptemos o no eximirle de la restricción. (Consulte el capítulo 9).

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

Cómo obtener una aprobación anticipada del plan

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la aprobación del plan antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Se establece para garantizar la seguridad de la medicación y ayudar a orientar el uso adecuado de determinados medicamentos. Si no obtiene esta aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.

Probar primero un medicamento diferente

De acuerdo con este requisito, se recomienda que usted pruebe medicamentos menos costosos pero igualmente eficaces antes de que el plan cubra otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B se utilizan para tratar la misma afección médica, el plan puede indicarle que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no produce los efectos deseados para usted, entonces el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar un medicamento diferente primero se denomina “**terapia escalonada**”.

Límites de cantidades

Para determinados medicamentos, limitamos la cantidad que puede obtener cada vez que surte su receta. Por ejemplo, si normalmente se considera seguro tomar solo un comprimido al día de un determinado medicamento, podemos limitar la cobertura de su receta a no más de un comprimido al día.

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

Sección 5.1	Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que estuviera cubierto
--------------------	---

Hay situaciones en las que hay un medicamento con receta que está tomando, o un medicamento que usted y su proveedor piensan que debería estar tomando, y que no está en nuestro Formulario o está en el Formulario con ciertas restricciones. Por ejemplo:

- Es posible que el medicamento no esté cubierto en absoluto. O puede ser que una versión genérica del medicamento esté cubierta, pero la versión de marca que usted desea tomar no esté cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero existen normas o restricciones adicionales sobre la cobertura de ese medicamento, como se explica en la sección 4.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en una categoría de costos compartidos que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

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

- Existen ciertos recursos a su disposición si su medicamento no es cubierto en la forma en que a usted le gustaría que estuviera cubierto. Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o si existen restricciones para este medicamento, consulte la Sección 5.2 para conocer cuáles son los recursos a su disposición.
- Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que lo hace más costoso de lo que cree conveniente, consulte la Sección 5.3 para saber qué puede hacer.

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

Si el medicamento que usted utiliza no está en la Lista de medicamentos o existen ciertas restricciones, tendrá las siguientes opciones:

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

Es posible que pueda obtener un suministro temporal

En ciertas circunstancias, el plan debe ofrecerle un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le dará tiempo para hablar con su proveedor sobre el cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en el plan.
- **Si estuvo inscrito en el plan el año pasado**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros 90 días del año natural.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta médica es por menos días, le permitiremos múltiples surtidos para proporcionarle hasta un máximo de 30 días de medicamentos. La receta debe surtirse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que es posible que la farmacia de atención médica a largo plazo suministre el medicamento en cantidades más pequeñas para evitar el derroche).
- **Para aquellos miembros que han estado en el plan durante más de 90 días y residen en un centro de cuidado a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato:**
Cubriremos un suministro de emergencia para 31 días de un medicamento particular, o menos si su receta está indicada para menos días. Esto es además del suministro temporal anterior.

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

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

Durante el período en el que usted recibe un suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Usted tiene dos opciones:

1) Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para saber si existe otro medicamento cubierto por el plan con el mismo mecanismo de acción. Puede llamar a Servicios para Miembros para solicitar una Lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma condición médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

2) Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan que haga una excepción y cubra el medicamento de la forma que a usted le gustaría. Si su proveedor le dice que tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, puede ayudarle a solicitarla. Por ejemplo, usted puede solicitar que el plan cubra un medicamento aunque este no se encuentre en la lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted es miembro actualmente y un medicamento que está tomando se eliminará del formulario o estará sujeto a alguna restricción el año siguiente, le informaremos a través de nuestro formulario en línea sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede pedir una excepción antes del año próximo y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o la declaración de respaldo de la persona autorizada a emitir recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura antes de que el cambio entre en vigencia.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se le informa cómo hacerlo. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Sección 5.3	¿Qué puede hacer si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que usted considera demasiado alto?
--------------------	---

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en una categoría de costos compartidos que considera muy alta, hable con su proveedor. Es posible que haya otro medicamento en una categoría de costos compartidos más baja con el mismo mecanismo de acción. Llame a Servicios para Miembros para solicitar una lista de medicamentos cubiertos que sirvan para tratar la misma afección médica. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

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

Puede pedir una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitar al plan una excepción a la categoría de costo compartido del medicamento para que la suma que deba pagar por el medicamento sea menor. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarle a solicitar una excepción a la regla.

Si usted y su proveedor desean pedir una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se le informa cómo hacerlo. Allí, se explican los procedimientos y las fechas límite establecidas por Medicare para que su solicitud se gestione a la mayor brevedad posible y de manera justa.

Los medicamentos de nuestra categoría 5 no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos la cantidad de los costos compartidos para los medicamentos en esta categoría.

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 realizan a principios de cada año (el 1 de enero). Sin embargo, durante el año, el plan puede realizar algunas modificaciones en la Lista de Medicamentos. Por ejemplo, el plan podría hacer lo siguiente:

- **Agregar o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Trasladar un medicamento a una categoría superior o inferior de costos compartidos.**
- **Agregar o eliminar una restricción en la cobertura de un medicamento.**
- **Reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico.**
- **Reemplazar un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que se analizan en este capítulo.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**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 realizan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea periódicamente. En esta sección se describen los tipos de cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos y cuándo recibirá un aviso directo si se realizaron cambios para un medicamento que está tomando.

Cambios que podemos realizar en la Lista de medicamentos que le afectan durante el año actual del plan.

- **Agregar nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o realizar cambios inmediatamente a un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
 - Al agregar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento similar a una categoría de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará en la misma categoría de costos compartidos o en una categoría inferior, y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
 - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y avisarle más tarde, incluso si está tomando el medicamento que estamos eliminando o al que le estamos realizando cambios. Si está tomando el medicamento en el momento en que realizamos el cambio, le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que realicemos.
- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos, y eliminar o realizar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos con aviso previo.**
 - Al agregar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, mover el medicamento a una categoría de costos compartidos diferente, agregar nuevas restricciones o ambas cosas. La versión del medicamento que agreguemos estará en la misma categoría de costos compartidos o en un categoría inferior, y con las mismas restricciones o menos.
 - Realizaremos estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

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

- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido de 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado**
 - A veces, un medicamento puede considerarse inseguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto sucede, podemos eliminar de inmediato el medicamento de la Lista de Medicamentos. Si está tomando ese medicamento, le informaremos después de hacer el cambio.

Hacer otros cambios a los medicamentos en la Lista de medicamentos.

- Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos hacer cambios basados en las advertencias en el recuadro de la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA, en inglés) o en las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
- Le informaremos al menos 30 días antes de realizar estos cambios, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un surtido adicional de 30 días del medicamento que está tomando.

Si realizamos cualquiera de estos cambios en cualquiera de los medicamentos que está tomando, hable con la persona autorizada a emitir recetas sobre las opciones que funcionarían mejor para usted, incluido cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una decisión de cobertura para satisfacer cualquier restricción nueva sobre el medicamento que está tomando. Usted o la persona autorizada a emitir recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que ha estado tomando. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

Cambios en la Lista de medicamentos que no le afectan durante el año del plan

Podemos realizar ciertos cambios en la Lista de Medicamentos que no se describieron 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 le afecten a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si sigue en el mismo plan.

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

- Pasamos su medicamento a una categoría de costos compartidos más alta.
- Establecemos una nueva restricción al uso del medicamento.
- Eliminamos su medicamento de la Lista de Medicamentos.

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

Si cualquiera de estos cambios afecta a un medicamento que usted está tomando (excepto un retiro del mercado, un medicamento genérico que reemplaza a un medicamento de marca u otro cambio indicado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni el monto de su parte del costo hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos sobre estos tipos de cambios directamente durante el año del plan actual. Deberá consultar la Lista de Medicamentos para el año siguiente del plan (cuando la lista esté disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si hay cambios en los medicamentos que está tomando que lo afectarán durante el año siguiente del plan.

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

Sección 7.1 Tipos de medicamentos que no cubrimos

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

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo. Si apela y se determina que el medicamento solicitado no está excluido según la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para más información sobre cómo apelar una decisión, consulte el capítulo 9).

A continuación le indicamos tres normas generales sobre los medicamentos que los planes de medicamentos de Medicare no cubrirán 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 adquirido fuera de Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso *para una indicación no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX (Micromedex). El uso para una indicación no autorizada es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos.

Asimismo, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos con receta de Medicare:

- medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- medicamentos para estimular la fertilidad;
- medicamentos usados para calmar los síntomas del resfriado o la tos;

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

- medicamentos con fines cosméticos o para ayudar al crecimiento del cabello;
- vitaminas recetadas y productos minerales, excepto vitaminas prenatales y preparados con flúor;
- medicamentos utilizados para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil;
- medicamentos para el tratamiento de la anorexia, pérdida de peso o aumento de peso;
- medicamentos para pacientes ambulatorios para los que el fabricante pretende exigir que las pruebas asociadas o los servicios de seguimiento se adquieran exclusivamente al fabricante como condición para la 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, es posible que su programa estatal de Medicaid cubra algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Póngase en contacto con el programa Medicaid de su estado para determinar qué cobertura de medicamentos puede estar disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en el Capítulo 2, Sección 6.)

SECCIÓN 8 Surtir una receta

Sección 8.1 Proporcione su información de membresía

Para surtir su receta médica, proporcione la información de membresía de su plan, que puede encontrar en su tarjeta de membresía, en la farmacia de la red que elija. La farmacia de la red le facturará de modo automático al plan *nuestra* parte del costo de sus medicamentos. Usted deberá pagarle a la farmacia *su* parte del costo al retirar el medicamento con receta.

Sección 8.2 ¿Qué sucede si no lleva consigo su tarjeta de membresía?

Si no tiene la información sobre su membresía del plan con usted cuando surta su receta, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información necesaria, o puede pedir a la farmacia que busque la información sobre su inscripción en el plan.

Si la farmacia no puede obtener la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire.** (Luego puede **solicitarnos que le reembolsemos** nuestra parte del costo. Consulte el Capítulo 7, Sección 2, para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso al plan).

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 9 Cobertura de medicamentos de la Parte D en situaciones especiales****Sección 9.1 ¿Qué sucede si usted se encuentra en un hospital o un centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por el plan?**

Si es admitido en un hospital o en un centro de enfermería especializada para una hospitalización que cubre el plan, generalmente cubrimos el costo de sus medicamentos con receta durante su hospitalización. Cuando es dado de alta del hospital o del centro de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras reglas de cobertura que se describen en este Capítulo.

Sección 9.2 ¿Qué ocurre si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés)?

Normalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés) (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia o una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted es residente de un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés), puede adquirir sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro o la farmacia que utiliza, siempre y cuando esta sea parte de nuestra red.

Consulte su *Directorio de farmacias* www.goldkidney.com/pharmacy-info/ para averiguar si la farmacia de su centro de LTC o la que utiliza forma parte de nuestra red. Si no forma parte de nuestra red, o si usted necesita más información o ayuda, llame a Servicios para Miembros. Si se encuentra en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés), debemos asegurarnos de que pueda recibir sus beneficios de la Parte D en forma rutinaria a través de nuestra red de farmacias del centro de cuidado a largo plazo (LTC, en inglés).

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

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

Sección 9.3 ¿Qué sucede si usted también recibe cobertura de medicamentos de un plan grupal del empleador o de jubilados?

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

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

En general, si tiene cobertura a través de su empleador o grupo de jubilados, la cobertura de medicamentos que obtiene de nosotros será *secundaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo pagaría primero.

Nota especial sobre la cobertura válida:

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

Si la cobertura del plan de grupo es válida, significa que el plan tiene una cobertura de medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura de medicamentos con receta estándar de Medicare.

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

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

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (p. ej., un medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no están relacionado con su enfermedad terminal y sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a emitir recetas o el proveedor del hospicio deben notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que el plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, solicite a su proveedor del hospicio o a la persona autorizada a emitir recetas que notifique sobre esto antes de que le surtan la receta.

En caso de que usted revoque su elección o se le dé de alta del hospicio, nuestro plan debe cubrir sus medicamentos tal y como se explica en este documento. Para evitar retrasos en la farmacia cuando finalice su beneficio de hospicio de Medicare, lleve documentación a la farmacia para verificar su revocación o alta.

Capítulo 5 Uso de la cobertura del plan para medicamentos con receta de la Parte D**SECCIÓN 10 Programas de seguridad y manejo de medicamentos****Sección 10.1 Programas para ayudar a los miembros a utilizar medicamentos en forma segura**

Realizamos revisiones de consumo de medicamentos para nuestros miembros con el fin de asegurarnos de que reciban una atención segura y apropiada.

Hacemos una revisión cada vez que surte una receta. También revisamos nuestros expedientes regularmente. Durante estas revisiones, buscamos problemas potenciales como los siguientes:

- posibles errores de medicamentos;
- medicamentos que pueden no ser necesarios porque está tomando otro medicamento similar para tratar la misma afección.
- medicamentos que posiblemente no sean seguros o apropiados por su edad o sexo.
- ciertas combinaciones de medicamentos que podrían causarle daño si se toman al mismo tiempo
- recetas de medicamentos con ingredientes a los que es alérgico;
- posibles errores en la cantidad (dosis) de un medicamento que esté tomando; o
- cantidades de medicamentos opioides para el dolor que no son seguras.

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

Sección 10.2 Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, en inglés) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros utilicen de forma segura los opioides con receta y otros medicamentos de los que se abusa con frecuencia. Este servicio se llama el Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, en inglés). Si usa medicamentos opioides que obtiene de distintas personas autorizadas a emitir recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis de opioides recientemente, podemos hablar con las personas autorizadas a emitir recetas para asegurarnos de que su uso de medicamentos opioides sea apropiado y medicamento necesario. Si al trabajar con las personas autorizadas a emitir recetas, decidimos que usted no usa los medicamentos opioides o con benzodiazepinas con receta de modo seguro, es posible que limitemos la forma en que obtiene esos medicamentos. Si le incluimos en nuestro Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, en inglés), estas pueden ser las limitaciones:

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas a través de determinadas farmacias.

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

- Exigirle que surta todas las recetas de medicamentos opioides o con benzodiazepinas a través de determinadas personas autorizadas a emitir recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o con benzodiazepinas que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o la cantidad que puede recibir, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si vamos a limitar la cobertura de estos medicamentos para usted, o si se le exigirá que obtenga las recetas para estos medicamentos solo de una persona autorizada a emitir recetas o farmacia específicas. Tendrá la oportunidad de decirnos qué personas autorizadas a emitir recetas o farmacias prefiere y cualquier información que considere importante para nosotros. Después de 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 determinación o la limitación, usted y la persona autorizada a emitir recetas tienen derecho a apelar. Si decide apelar, revisaremos su caso y le informaremos sobre la nueva decisión. Si continuamos denegando cualquier parte de su solicitud en relación con las limitaciones de acceso a estos medicamentos, enviaremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Consulte el Capítulo 9 para obtener información sobre cómo solicitar una apelación.

No lo asignaremos a nuestro Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, en inglés) si tiene ciertas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o anemia falciforme, si está recibiendo servicios de hospicio, atención paliativa o para pacientes terminales, o si vive en un centro de cuidado a largo plazo.

Sección 10.3	Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, en inglés) para ayudar a los miembros a utilizar los medicamentos
---------------------	---

Contamos con un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se llama Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, en inglés). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrolló el programa para nosotros con el fin de garantizar que nuestros miembros obtengan el máximo beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que exceden una cantidad específica de los costos de medicamentos o están en un Programa de Manejo de Medicamentos (DMP, en inglés) para ayudar a los miembros a usar sus medicamentos opioides de manera segura, pueden obtener los servicios a través de un programa de Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, en inglés). Si cumple los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud le hará una revisión exhaustiva de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede consultar acerca de sus medicamentos, sus costos y cualquier problema o pregunta sobre su receta médica y medicamentos de venta libre. Recibirá un resumen escrito que contiene una lista de tareas

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

recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También recibirá una lista de medicamentos que incluirá qué medicamentos está tomando, cuánto toma, y cuándo y por qué lo hace. Además, los miembros del Programa de Administración de Terapia con Medicamentos (MTM, en inglés) recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos recetados que son sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre su lista de tareas recomendadas y la lista de medicamentos. Lleve el resumen a su consulta o cada vez que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de cuidado de la salud. Además, mantenga actualizada su lista de medicamentos y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si va al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se adapte a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, avísenos y cancelaremos su participación en el programa. Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, comuníquese con Servicios para Miembros.

CAPÍTULO 6:

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

¿Recibe actualmente ayuda para pagar sus medicamentos?

Si está en un programa que le ayuda a pagar sus medicamentos, **es posible que cierta información de esta Evidencia de cobertura sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplique a su caso.** Le hemos enviado un anexo separado, que se denomina *Cláusula adicional de la Evidencia de Cobertura para personas que reciben “Ayuda Adicional” para el pago de medicamentos con receta* (también llamada Cláusula adicional de Subsidio de Bajos Ingresos o Cláusula adicional LIS), que describe la cobertura de medicamentos que le corresponde. Si no tiene este anexo, llame a Servicios para Miembros y pida su Cláusula adicional de Subsidio de Bajos Ingresos (LIS, en inglés).

SECCIÓN 1 Introducción

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

Este capítulo se centra en lo que usted paga por los medicamentos con receta de la Parte D. Para simplificar, en este capítulo utilizaremos el término “medicamento” para referirnos a los medicamentos con receta de la Parte D. Como se explica en el capítulo 5, no todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D; algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información sobre los pagos, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde surtir sus recetas y qué normas debe seguir cuando adquiere sus medicamentos cubiertos. En el capítulo 5, secciones 1 a 4 se explican estas normas. Cuando utiliza la “Herramienta de Beneficios en Tiempo Real” del plan para buscar la cobertura de medicamentos (vea la Sección 3.3 del Capítulo 5), 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 tendrá que pagar. También puede obtener 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 distintos 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 hay tres maneras en las que se le puede solicitar que pague.

- El **deducible** es el monto que debe pagar por los medicamentos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que surte una receta médica.

- El **coseguro** es un porcentaje del costo total que usted paga cada vez que surte una receta médica.

Sección 1.3	Cómo calcula Medicare los gastos de bolsillo
--------------------	---

Medicare tiene normas sobre lo que cuenta y lo que *no* cuenta para sus gastos de bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para controlar sus gastos de bolsillo.

Estos pagos están incluidos en sus gastos de bolsillo

Entre sus gastos de bolsillo, se incluyen los pagos que se detallan a continuación (siempre que se destinen a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya seguido las reglas de cobertura de medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en cualquiera de las siguientes etapas de pago de medicamentos:
 - La etapa de Cobertura Inicial
- Cualquier pago que haya realizado durante este año natural como miembro de un plan de medicamentos recetados de Medicare diferente antes de afiliarse a nuestro plan.

Es importante quién paga:

- Si **usted mismo** efectúa estos pagos, estos están incluidos en sus gastos de bolsillo.
- Estos pagos *también se incluyen* en sus gastos de bolsillo si **ciertas personas u organizaciones** los efectúan en su nombre. Esto incluye los pagos por sus medicamentos realizados por un amigo o pariente, por la mayoría de las organizaciones benéficas, programas de asistencia para medicamentos del VIH, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE o por el Servicio de Salud Indígena. Los pagos efectuados mediante el programa de “Ayuda Adicional” de Medicare también están incluidos.

Paso a la Etapa de Cobertura Catastrófica:

Cuando usted (o quienes pagan en su nombre) haya gastado un total de \$2,000 en gastos de bolsillo en el plazo del año natural, pasará de la Etapa de Cobertura Inicial a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

Estos pagos no están incluidos en sus gastos de bolsillo

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

- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no estén cubiertos por nuestro plan.

- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Medicamentos que no pertenecen a 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 usted realice por medicamentos con receta que normalmente no tienen cobertura en un plan de medicamentos con receta de Medicare.
- Pagos por sus medicamentos realizados por la Administración de Asuntos de Veteranos (VA, en inglés).
- Pagos por sus medicamentos realizados por un tercero que tenga la obligación legal de pagar los costos de medicamentos con receta (por ejemplo, un Seguro de compensación para trabajadores).
- Pagos realizados por fabricantes de medicamentos según el Programa de descuento para fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier 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 hacer un seguimiento de los gastos de bolsillo totales?

- **Le ayudaremos.** El informe de la *Explicación de Beneficios* (EOB, en inglés) de la Parte D que recibe incluye el monto actual de sus gastos de bolsillo. Cuando este monto alcance los \$2,000, en este informe se le indicará que dejó la Etapa de Cobertura Inicial y pasó a la Etapa de Cobertura Catastrófica.
- **Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.** La Sección 3.2 le informa lo que usted puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Lo que usted paga por un medicamento dependerá de la etapa de pago de medicamentos en la que usted se encuentre cuando obtenga el medicamento

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

Hay tres **etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos con receta bajo Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS). La cantidad que pague dependerá de la fase en la que se encuentre cuando le surtan o repitan una receta. Los detalles de cada etapa figuran en las secciones 4 a 6 de este capítulo. Las etapas son:

Etapas 1: Etapa de deducible anual

Etapas 2: Etapa de Cobertura Inicial

Etapas 3: Etapa de Cobertura Catastrófica

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

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 hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos con receta o un resurtido en la farmacia. De este modo, podemos indicarle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente. En concreto, hacemos un seguimiento de dos tipos de costos:

- Hacemos un seguimiento de cuánto ha pagado. Esto se denomina **gastos de bolsillo**. Esto incluye lo que pagó cuando obtuvo un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos realizado por familiares o amigos, y cualquier pago realizado por sus medicamentos mediante “Ayuda Adicional” de Medicare, planes de salud del empleador o sindicato, TRICARE, Servicio de Salud Indígena, programas de asistencia para medicamentos del VIH, organizaciones benéficas y la mayoría de los Programas Estatales de Asistencia Farmacéutica (SPAP, en inglés).
- Llevamos un registro de sus **costos totales de medicamentos**. Este es el total de todos los pagos realizados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó el plan, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas médicas a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D. La Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D incluye lo siguiente:

- **Información de ese mes.** Este informe contiene los datos de pago de las recetas que ha surtido durante el mes anterior. Muestra el costo total de los medicamentos, lo que pagó el plan y lo que pagaron usted y otras personas en su nombre.
- **Los totales del año desde el 1 de enero.** Esto se llama información del año hasta la fecha. Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde que empezó el año.
- **Información sobre el precio de los medicamentos.** Esta información mostrará el precio total del medicamento y la información sobre los aumentos de precio desde el primer surtido para cada reclamación de receta de la misma cantidad.
- **Recetas alternativas de menor costo disponibles.** Esto incluirá información sobre otros medicamentos disponibles que tienen un costo compartido menor para cada reclamo de receta médica si corresponde.

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

Para hacer un seguimiento de sus costos de medicamentos y los pagos que usted realiza por medicamentos, utilizamos registros que obtenemos de las farmacias. Aquí le explicamos cómo puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada:

- **Muestre su tarjeta de membresía cuando surta un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sabemos qué recetas surte y cuánto paga.
- **Asegúrese que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que usted paga el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para llevar un control de sus gastos de bolsillo. Para ayudarnos a llevar la cuenta de sus gastos de bolsillo, entréguenos copias de sus recibos. Estos son algunos ejemplos de casos en los que debe darnos copias de los recibos de sus medicamentos:
 - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no forma parte del beneficio de nuestro plan.
 - Cuando paga un copago por los medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante de un medicamento.
 - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red u otras veces que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.

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

- Si le facturan un medicamento cubierto, puede solicitarle a nuestro plan que paguemos la parte del costo que nos corresponde. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, consulte el capítulo 7, sección 2.
- **Envíenos la información sobre los pagos que algún tercero haya hecho por usted.** Los pagos hechos por otras personas y organizaciones también cuentan para sus gastos de bolsillo. Por ejemplo, los pagos realizados por un programa de asistencia para medicamentos del VIH (ADAP, en inglés), el Servicio de Salud Indígena y las organizaciones benéficas cuentan en el cálculo de sus gastos de bolsillo. Le pedimos que lleve un registro de estos pagos y que nos lo envíe para que podamos hacer un seguimiento de sus gastos.
- **Revise el informe escrito que le enviamos.** Cuando reciba la *Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D*, léala para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o tiene alguna pregunta, llámenos a Servicios para Miembros. Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS)

No hay deducible para Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS). Comienza en la Etapa de Cobertura Inicial cuando surte su primera receta del año. Consulte la Sección 5 para obtener información sobre su cobertura en la Etapa de Cobertura Inicial.

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

Sección 5.1	Lo que usted paga por un medicamento depende del medicamento y del lugar donde usted surta su medicamento con receta
--------------------	---

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

El plan tiene 5 categorías de costo compartido

Cada medicamento incluido en la Lista de medicamentos del plan se encuentra en una de las 5 categorías de costo compartido. En general, cuanto mayor sea la categoría de costos compartidos, mayor será su costo por el medicamento:

- Categoría 1, medicamentos genéricos preferidos: medicamentos genéricos disponibles en la categoría de costos compartidos más bajo del plan.
- Categoría 2, medicamentos genéricos: medicamentos genéricos que el plan ofrece a un costo para los miembros que es igual o superior al costo compartido de los medicamentos de la categoría 1. Usted paga \$5 de copago por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.
- Categoría 3, medicamentos de marca preferidos: medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo para los miembros que es inferior al costo de los medicamentos de la categoría 4. Usted paga \$35 de copago por mes de suministro de cada producto de insulina cubierto en esta categoría.
- Categoría 4, medicamentos de marca no preferidos: medicamentos de marca que el plan ofrece a un costo para los miembros que es superior al costo de los medicamentos de la categoría 3.
- Categoría 5, categoría de medicamentos especializados: Incluye un subconjunto selecto de medicamentos de alto costo, incluidos inyectables, infusiones y anticuerpos monoclonales. Estos medicamentos genéricos o de marca son los medicamentos más costosos del formulario. El costo compartido de estos medicamentos será mayor que el de los medicamentos de la categoría 4.

Para conocer en qué categoría de costo compartido se encuentra su medicamento, consulte la lista de medicamentos del plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia minorista que no está en la red del plan. Cubrimos medicamentos de venta con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para saber en qué situaciones cubriremos medicamentos con receta surtidos en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo del plan.

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacias y el surtido de recetas médicas, lea el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan www.goldkidney.com/pharmacy-info/.

Sección 5.2 Un cuadro que indica sus costos para el suministro de un medicamento para *un mes*

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

Como se indica en la siguiente tabla, la cantidad del copago o del coseguro depende de la categoría de costos compartidos.

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

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de venta por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC, en inglés) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Categoría 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago
<i>Medicamentos insulínicos</i>	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago	\$5 de copago

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (un suministro de hasta 30 días)	Distribución de costos de venta por correo (un suministro de hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC, en inglés) (un suministro de hasta 31 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; lea el Capítulo 5 para obtener más detalles). (un suministro de hasta 30 días)
Categoría 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	\$47 de copago	\$40 de copago	\$47 de copago	\$47 de copago
<i>Medicamentos insulínicos</i>	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago	\$35 de copago
Categoría 4 de costos compartidos (medicamentos de marca no preferidos) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago	\$100 de copago
Categoría 5 de costos compartidos (categoría de medicamentos especializados) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	33% de coseguro	Para los medicamentos de categoría 5, no existe el servicio de pedido por correo	33% de coseguro	33% de coseguro

No pagará más de \$35 por un suministro para un mes por cada producto de insulina, sin importar en qué categoría de costos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

Consulte la Sección 7 de este capítulo para obtener más información sobre los costos compartidos de las vacunas de la Parte D.

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

Por lo general, la cantidad que paga por un medicamento con receta cubre el suministro para un mes completo. Puede haber ocasiones en las que usted o su médico deseen un suministro para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba un medicamento por primera vez). También puede pedir a su médico que le recete, y a su farmacéutico que le dispense, un suministro de sus medicamentos para menos de un mes completo, si esto le ayuda a planificar mejor las fechas de repetición de las distintas recetas.

Si recibe un suministro menor al de un mes completo de determinados medicamentos, no tendrá que pagar el suministro de un mes completo.

- Si usted es responsable de pagar un coseguro, paga un porcentaje del costo total del medicamento. Como el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor, ya que el costo total del medicamento también lo será.
- Si usted es responsable de un copago por el medicamento, solo pagará por el número de días del medicamento que reciba en lugar de un mes entero. Calcularemos el monto que paga por día por su medicamento (la tasa diaria de costos compartidos) y lo multiplicaremos por la cantidad de días del medicamento que recibe.

Sección 5.4 Una tabla que indica sus costos para el suministro de un medicamento a largo plazo (100 días)

En el caso de algunos medicamentos, puede adquirir un suministro a largo plazo (también llamado suministro prolongado). Un suministro a largo plazo es un suministro para 100 días.

En la siguiente tabla, se muestra lo que usted paga cuando adquiere un suministro a largo plazo de un medicamento.

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

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

Categoría	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (suministro para 100 días)	Distribución de costos de venta por correo (suministro para 100 días)
Categoría 1 de costos compartidos (medicamentos genéricos preferidos) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	\$0 de copago	\$0 de copago
Categoría 2 de costos compartidos (medicamentos genéricos) <i>Medicamentos no insulínicos</i> <i>Medicamentos insulínicos</i>	\$12 de copago \$12 de copago	\$5 de copago \$5 de copago
Categoría 3 de costos compartidos (medicamentos de marca preferidos) <i>Medicamentos no insulínicos</i> <i>Medicamentos insulínicos</i>	\$117 de copago \$105 de copago	\$40 de copago \$35 de copago
Categoría 4 de costos compartidos (medicamentos de marca no preferidos) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	\$250 de copago	\$250 de copago
Categoría 5 de costos compartidos (categoría de medicamentos especializados) <i>Medicamentos no insulínicos</i>	Para los medicamentos de categoría 5, no está disponible un suministro a largo plazo	Para los medicamentos de categoría 5, no existe el servicio de pedido por correo.

No pagará más de \$70 por un suministro de hasta dos meses o \$105 por un suministro de hasta tres meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente de la categoría de costo compartido.

Sección 5.5	Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo alcancen los \$2,000
--------------------	---

Usted permanece en la Etapa de Cobertura Inicial hasta que sus gastos de bolsillo totales alcancen los \$2,000. Entonces pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica.

La *Explicación de Beneficios (EOB, en inglés) de la Parte D* que recibe le ayudará a mantener un registro de lo que usted y el plan, así como también los terceros, pagaron en su nombre durante el año. No todos los miembros alcanzarán el límite de gastos de bolsillo de \$2,000 en un año.

Le comunicaremos si alcanza esta cantidad. Si alcanza esta cantidad, abandonará la Etapa de Cobertura Inicial y pasará a la Etapa de Cobertura Catastrófica. Consulte la sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare sus gastos de bolsillo.

SECCIÓN 6 Durante la Etapa de Cobertura Catastrófica, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D

Usted entrará en la Etapa de Cobertura Catastrófica cuando sus gastos de bolsillo hayan alcanzado el límite de \$2,000 para el año natural. Una vez que se encuentre en la Etapa de Cobertura Catastrófica, permanecerá en esta etapa de pago hasta el final del año natural.

- Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

SECCIÓN 7 Vacunas de la Parte D. Lo que usted debe pagar depende de cómo y dónde las obtenga

Mensaje importante sobre lo que usted paga por las vacunas: algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Estas vacunas están establecidas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo para usted. 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.

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

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

Sus costos por una vacunación de la Parte D dependen de tres factores:

- 1. Si una organización llamada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, en inglés) recomienda la vacuna para adultos.**
 - El Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, en inglés) recomienda la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos y no le cuestan nada.
- 2. Dónde recibe la vacuna.**
 - La vacuna en sí puede administrarse en una farmacia o en el consultorio del médico.
- 3. Quién le aplica la vacuna.**
 - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrar la vacuna en la farmacia. Alternativamente, un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

Lo que usted debe pagar en el momento de recibir la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y la **etapa de pago de medicamentos** en que se encuentre.

- A veces, cuando recibe una vacuna, debe pagar el costo total de la vacuna en sí y el costo para que el proveedor le administre la vacuna. Puede solicitar a nuestro plan que le reembolse la parte que nos corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- En otras ocasiones, cuando reciba una vacuna, pagará solo su parte del costo conforme a su beneficio de la Parte D. Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación, detallamos tres ejemplos de manera en las que podría recibir una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Usted recibe la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Si tiene esta opción, dependerá del lugar donde vive. En algunos estados no se permite que las farmacias administren vacunas).

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- En el caso de las vacunas de la Parte D, pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, que incluye el costo de su administración.
- 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 para que el proveedor se la administre.

- Luego, podrá solicitar que el plan le reembolse nuestra parte del costo según los procedimientos que se describen en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Compra la vacuna de la Parte D en su farmacia de la red y luego la lleva al consultorio de su médico, donde se le administra la vacuna.

- Por la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada por la vacuna en sí.
- En el caso de las vacunas de la Parte D, usted pagará a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que tenga que pagar el costo total de este servicio.
- Después podrá solicitarle a nuestro plan que le pague la parte que nos corresponde del costo a través de los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier coseguro o copago por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:

*Cómo solicitarnos que paguemos
nuestra parte de una factura que
usted recibió por servicios médicos o
medicamentos cubiertos*

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de sus servicios o medicamentos cubiertos

En ocasiones, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, puede ocurrir que haya pagado más de lo previsto según las normas de cobertura del plan o que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede solicitar a nuestro plan que le devuelva el dinero (devolverle el dinero suele denominarse hacerle un reembolso). Usted tiene derecho a recibir el reintegro de nuestro plan cuando ha pagado más de la parte que le corresponde pagar por el costo de servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber fechas límite que deba cumplir para obtener el reembolso. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También puede haber ocasiones en las que reciba una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió o posiblemente por más de su parte de los costos compartidos, como se explica en este documento. Primero intente resolver la situación de la factura con el proveedor. Si eso no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla. Veremos la factura y decidiremos si los servicios deben ser cubiertos. Si decidimos que deben ser cubiertos, pagaremos al proveedor directamente. Si decidimos no pagar el servicio, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que lo permitido por la distribución de costos compartidos del plan. Si el proveedor está contratado, usted aún tiene derecho a recibir tratamiento.

A continuación, damos ejemplos de situaciones en las que usted puede solicitar un reintegro de nuestro plan o que paguemos una factura que usted recibió:

1. Cuando recibió atención de urgencia o en caso de emergencia por parte de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan

Fuera del área de servicio, puede recibir servicios de emergencia o atención de urgencia de cualquier proveedor, ya sea que el proveedor pertenezca o no a nuestra red. En estos casos,

- Usted solo es responsable de pagar su parte del costo de los servicios de emergencia o servicios de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a proporcionar atención de emergencia. Si usted paga el monto total en el momento en que recibe la atención, deberá solicitarnos un reintegro por nuestra parte del costo. Envíenos la factura, junto con la documentación de pago que haya efectuado.
- A veces usted puede recibir una factura de un proveedor que solicita un pago que usted considera que no adeuda. Envíenos esta factura, junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
 - Si se adeuda algo al proveedor, le pagaremos a él directamente.
 - Si ya ha pagado más que su parte del costo del servicio, determinaremos cuánto debía usted y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Los proveedores de la red siempre deben enviar la factura directamente al plan y solo cobrarle a usted la parte del costo que le corresponde. Sin embargo, a veces los proveedores cometen errores y le solicitan a usted pagar por los servicios más de lo que le corresponde.

- Usted únicamente tiene que pagar su monto de costos compartidos cuando reciba los servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales independientes, conocidos como facturación del saldo. Este factor de protección (por el cual nunca paga más del monto de costos compartidos) tiene validez incluso si nosotros pagamos al proveedor menos de lo que el proveedor cobra por un servicio e, incluso, si hay una disputa y nosotros no pagamos determinados cargos del proveedor.
- Cuando recibe una factura de un proveedor de la red que considera que es por un monto mayor al que le corresponde pagar, envíenos la factura. Nos comunicaremos con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
- Si ya ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero considera que pagó demasiado, envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado y solicítenos que le reembolsemos la diferencia entre la cantidad que usted pagó y la cantidad que debe conforme al plan.

3. Si se ha inscrito a nuestro plan con carácter retroactivo

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

Si usted se inscribió en nuestro plan en forma retroactiva y pagó cualquier servicio cubierto o medicamento de su bolsillo con posterioridad a la fecha de su inscripción, puede solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Deberá enviarnos documentación, como recibos y facturas, para que nos encarguemos del reembolso.

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

Si va a una farmacia fuera de la red, esta probablemente no pueda presentar el reclamo directamente a nosotros. Si esto sucede, usted deberá pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para ver un análisis de estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y lo que pagaríamos en una farmacia de la red.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

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

Si no lleva su tarjeta de membresía del plan, puede solicitar a la farmacia que llame al plan o consulte su información de inscripción en el plan. Sin embargo, si la farmacia no puede obtener la información de inscripción necesaria en ese momento, posiblemente deba pagar el costo total del medicamento con receta usted mismo.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.

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

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

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos del plan o puede haber un requisito o una restricción que usted desconocía o que considera que no se debe aplicar en su caso. Si decide adquirir el medicamento inmediatamente, deberá pagar el costo total del mismo.
- Guarde el recibo y envíenos una copia al solicitarnos el reembolso del pago. En algunos casos, es posible que necesitemos que su médico nos provea más información para reembolsarle la parte del costo que nos corresponde. Es posible que no le devolvamos el costo total que pagó si el precio en efectivo que pagó es mayor que nuestro precio negociado por el medicamento con receta.
- Complete un formulario de reembolso para miembros en www.goldkidney.com

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

SECCIÓN 2 **Cómo solicitarnos un reembolso o el pago de una factura que ha recibido**

Puede solicitarnos que le devolvamos lo que haya pagado al enviarnos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíe su factura y la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es buena idea conservar una copia de la factura y los recibos para sus registros.

Debe enviarnos su reclamo en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

Capítulo 7 Cómo solicitarnos que paguemos nuestra parte de una factura que usted recibió por servicios médicos o medicamentos cubiertos

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o recibos pagados correspondientes a la siguiente dirección:

Para reclamos médicos:

Gold Kidney Health Plan Inc.
ATTN: Member Reimbursement
P.O. Box 285
Portsmouth, NH 03802

Para reclamos de medicamentos:

MedImpact Healthcare Systems, Inc.
ATTN: Claims (Reimbursements)
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

Fax: 1-858-549-1569

Correo electrónico: Claims@Medimpact.com

SECCIÓN 3 Consideraremos su solicitud de pago y la aprobaremos o no

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

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

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y usted siguió las reglas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que usted pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es mayor que nuestro precio negociado). Si ya ha pagado por el servicio o 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 postal directamente al proveedor.
- Si decidimos que la atención médica o el medicamento *no* están cubiertos o que usted *no* siguió las reglas, no pagaremos nuestra parte del costo. Le enviaremos una carta para explicarle las razones por las que no enviamos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

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

Si cree que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o la cantidad que pagamos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y fechas límites importantes. Para más información sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9 de este documento.

CAPÍTULO 8:

Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y conciencia cultural como miembro del plan

Sección 1.1	Debemos proporcionarle la información de forma que le resulte útil y acorde con su conciencia cultural (en idiomas distintos del inglés, en braille, en letra grande u otros formatos alternativos, entre otros)
--------------------	---

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español. También podemos darle información en braille, letra grande u otros formatos alternativos sin costo, en caso de ser necesario. Se nos exige darle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

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

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted 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 a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

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

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

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

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, habilidades de lectura limitadas o alguna incapacidad, 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 darle información sobre los beneficios del plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para obtener información de una manera que usted entienda, llame a Atención al Miembro.

El plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas 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 costos 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 al llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente a la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o a TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a seleccionar un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) en la red del plan a fin de que le proporcione y coordine sus servicios cubiertos. Gold Kidney no requiere remisiones para los servicios. Es posible que sus proveedores requieran remisiones para algunos

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

servicios. Consulte a su proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) si alguno de sus proveedores requiere una remisión para recibir los servicios.

Tiene derecho a programar consultas y servicios cubiertos de la red de proveedores del plan *dentro de un período razonable de tiempo*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunamente de especialistas cuando necesita este tipo de atención. Además, tiene derecho a surtir sus medicamentos con receta o a repetir sus recetas en cualquier farmacia de la red sin grandes demoras.

Si considera que no está recibiendo su atención médica o sus medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, en el Capítulo 9 se le informa qué puede hacer.

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

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

- Su información médica personal incluye información personal que nos brindó cuando se inscribió en este plan, así como también su historia clínica, y otra información médica y sobre su salud.
- Usted no solo tiene derechos sobre su información sino también para controlar cómo se utiliza su información de salud. Le entregamos un aviso escrito, llamado **Aviso sobre Prácticas de Privacidad**, que describe estos derechos y explica cómo protegemos la privacidad de su información médica.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que ninguna persona sin autorización vea o modifique sus expedientes médicos.
- Salvo en las circunstancias que se indican a continuación, si tenemos intención de facilitar su información de salud a alguien que no le esté proporcionando cuidados o pagando por estos, *estamos obligados a obtener primero su permiso por escrito o el de alguien a quien usted haya otorgado poder legal para tomar decisiones en su nombre*.
- Hay ciertas excepciones que no requieren que obtengamos primero su permiso por escrito. La ley permite o exige estas excepciones.
 - Estamos obligados a facilitar información de salud a los organismos gubernamentales que controlan la calidad del cuidado.
 - Dado que usted es un miembro de nuestro plan a través de Medicare, estamos obligados a facilitar a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos recetados de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

reglamentos federales; normalmente, esto requiere que no se comparta información que le identifique de forma exclusiva.

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

Usted tiene derecho a ver sus historias clínicas archivadas por el plan, y a obtener una copia de estas. Podemos cobrarle por hacer copias. También tiene derecho a pedirnos que añadamos o corriamos su historia clínica. Si nos lo solicita, determinaremos con su proveedor de servicios de cuidado de la salud si se deben hacer los cambios.

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

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

Sección 1.4	Debemos darle información acerca del plan, la red de proveedores y los servicios cubiertos
--------------------	---

Como miembro del plan Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), usted tiene derecho a recibir distintos tipos de información de nuestra parte.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para Miembros:

- **Información sobre nuestro plan.** Incluye, por ejemplo, información sobre el estado financiero del plan.
- **Información sobre nuestros proveedores y farmacias de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información sobre su cobertura y las normas que debe cumplir al utilizarla.** En los Capítulos 3 y 4, se proporciona información sobre los servicios médicos. En los capítulos 5 y 6 encontrará información sobre la cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los cuales algo no está cubierto y lo que usted puede hacer al respecto.** En el Capítulo 9, se proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito acerca de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no están cubiertos o si su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

Sección 1.5	Debemos apoyar su derecho a tomar decisiones sobre el cuidado que recibe
--------------------	---

Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre el cuidado de su salud

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus médicos y otros proveedores de cuidado de la salud. Sus proveedores deben explicarle su afección médica y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

También tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre el cuidado de su salud. Para ayudarle a tomar decisiones junto con sus médicos sobre qué tratamiento es el mejor para usted, cuenta con los siguientes derechos:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a conocer todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, sin importar el costo ni si están cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Usted tiene derecho a que le informen cualquier riesgo que implique su cuidado de la salud. Debe ser notificado con anticipación si algún tratamiento o atención médica propuestos son parte de un experimento de investigación. Siempre tiene la opción de negarse a recibir tratamientos experimentales.
- **El derecho a decir “no”.** Usted tiene derecho a rechazar cualquier tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse del hospital u otro centro médico, aun si el médico le recomienda no hacerlo. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Por supuesto, si se niega al tratamiento o deja de tomar sus medicamentos, usted asume la responsabilidad total de las consecuencias que sufra su cuerpo.

Tiene derecho a dejar instrucciones sobre qué se debe hacer si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas quedan incapacitadas para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud por sí mismas debido a accidentes o enfermedades graves. Usted tiene derecho a decir lo que quiere que ocurra si se encuentra en esta situación. Esto significa que, *si lo desea*, puede:

- Completar un formulario por escrito donde le otorgue a **una persona la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** si en algún momento queda imposibilitado para tomar decisiones por sí mismo.
- **Dar instrucciones escritas a sus médicos** acerca de cómo desea que gestionen su atención médica en caso de quedar imposibilitado para tomar decisiones por sus propios medios.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación para estos casos específicos se denominan **directivas anticipadas**. Existen tipos diferentes de directivas anticipadas y se usan diferentes nombres para cada uno. Los documentos llamados **testamentos vitales** y **poder notarial para atención médica** son ejemplos de directivas anticipadas.

Si desea definir sus instrucciones en una directiva anticipada, deberá realizar lo siguiente:

- **Obtener el formulario.** Puede obtener un formulario de directivas anticipadas de su abogado, de un trabajador social o en algunas tiendas de suministros de oficina. A veces puede obtener formularios de directivas anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede comunicarse con Servicios para Miembros para pedir los formularios.
- **Completarlo y firmarlo.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, tenga en cuenta que se trata de un documento legal. Debería considerar la posibilidad de que un abogado le ayude a prepararlo.
- **Entregar copias a las personas que correspondan.** Debe entregar una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como quien tome decisiones por usted en caso de que no pueda. También puede entregar copias a sus amigos íntimos o familiares. Conserve una copia en su casa.

Si sabe de antemano que se le va a hospitalizar y ha firmado un documento de directivas anticipadas, **llévese una copia al hospital.**

- En el hospital le preguntarán si firmó un formulario de directivas anticipadas y si lo tiene con usted.
- Si no firmó un formulario de directivas anticipadas, en el hospital tienen formularios disponibles y le preguntarán si quiere firmar uno.

Recuerde que es su decisión si desea completar el formulario de directivas anticipadas (incluso en el caso de que desee firmarlo mientras se encuentra en el hospital). Según la ley, nadie puede negarle cuidado o discriminarlo por haber firmado o no un formulario de directivas anticipadas.

¿Qué sucede si sus instrucciones no se respetan?

Si ha firmado directivas anticipadas y cree que un médico o un hospital no las han seguido, puede presentar una queja ante el Programa de Asistencia de Seguro Médico de Arizona al escribir a DES Division of Aging and Adult Services, Arizona State Health Insurance Assistance Program, 1789 W. Jefferson Street, #950A, Phoenix, AZ 85007, o al llamar 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 Estatal de Asistencia al Seguro Médico de Arizona en: <https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance>.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y a solicitarnos que reconsideremos las decisiones que hemos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja 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 tratarle de manera justa.**

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

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

Si es por otro motivo

Si considera que le trataron injustamente o que no se respetaron sus derechos, y *no* se trata de discriminación, puede recibir ayuda para enfrentar el problema que tiene:

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés).** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- O puede **llamar a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

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

- Puede **llamar a Servicios para Miembros.**
- Puede **llamar al Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés).** Para obtener más información, consulte el Capítulo 2, Sección 3.
- Puede comunicarse con **Medicare.**
 - Puede visitar el sitio web de Medicare para leer o descargar la publicación *Sus Derechos y Protecciones en Medicare*. (La publicación está disponible en: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- O puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (TTY 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Usted tiene algunas responsabilidades como miembro del plan

A continuación, se indican los pasos que debe seguir como miembro del plan. Si tiene alguna duda, llame a Servicios para Miembros.

- **Familiarícese con los servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de Cobertura* para conocer los servicios que están cubiertos para usted y las reglas que debe seguir para obtener dichos servicios cubiertos.
 - En los Capítulos 3 y 4, se brindan detalles sobre sus servicios médicos.
 - En los Capítulos 5 y 6, puede encontrar detalles sobre su cobertura de medicamentos con receta de la Parte D.
- **Si tiene alguna otra cobertura de seguro médico o de medicamentos con receta además de nuestro plan, le solicitamos que nos lo informe.** En el Capítulo 1 le informamos sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Informe a su médico y a los demás proveedores de cuidado de la salud que está inscrito en nuestro plan.** Muestre su tarjeta de membresía al plan cada vez que recibe atención médica o medicamentos recetados de la Parte D.
- **Ayude a sus médicos y otros proveedores a que le ayuden al brindarles información, hacerles preguntas y realizar un seguimiento de su atención.**
 - Para recibir la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud sobre sus problemas de salud. Siga los planes de tratamiento y las instrucciones que usted y sus médicos acuerden.
 - Asegúrese de que sus médicos conozcan todos los medicamentos que está tomando, incluidos medicamentos de venta libre, vitaminas y suplementos.
 - Si tiene alguna pregunta, asegúrese de consultar hasta obtener la respuesta que pueda entender.
- **Sea considerado.** Esperamos que todos nuestros miembros respeten los derechos de los demás pacientes. También esperamos que actúen de manera que ayuden a que las actividades en el consultorio de su médico, los hospitales y otros consultorios se desarrollen de manera ordenada.
- **Pague lo que deba pagar.** Como miembro del plan, usted es responsable de los siguientes pagos:
 - Debe seguir pagando su prima de Medicare Parte B para continuar siendo miembro de nuestro plan.
 - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, debe pagar su parte del costo cuando obtiene el servicio o medicamento.

Capítulo 8 Sus derechos y responsabilidades

- Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar el pago de dicho monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda *dentro* de nuestra área de servicio, necesitamos saberlo** para mantener actualizado su registro de membresía y saber cómo comunicarnos con usted.
- **Si se muda *fuera* del área de servicios 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 de Empleados Ferroviarios).

CAPÍTULO 9:

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

SECCIÓN 1 Introducción

Sección 1.1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

En este capítulo se explican dos tipos de procesos para gestionar los problemas y las inquietudes:

- Para algunos problemas, debe utilizar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, deberá recurrir al **proceso para presentar quejas**, también denominadas reclamos.

Ambos procesos han sido aprobados por Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y fechas límite que nosotros debemos seguir y que usted, también.

La guía de la Sección 3 le ayudará a identificar el proceso adecuado que debe utilizar y lo que debe hacer.

Sección 1.2 ¿Cuáles son los términos legales?

Existen términos legales para algunas de las normas, procedimientos y tipos de fechas límite que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de la gente y pueden resultar difíciles de entender. Para que quede más claro, en este capítulo:

- Se utilizan palabras más sencillas en lugar de ciertos términos legales. Por ejemplo, en este capítulo generalmente se usa la frase presentar una queja en lugar de presentar un reclamo, decisión de cobertura en lugar de determinación de la organización o determinación de cobertura o determinación en riesgo, y organización de revisión independiente en lugar de Entidad de Revisión Independiente.
- También se utiliza la menor cantidad de abreviaciones posible.

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

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos disponibles para prestarle asistencia. Incluso si tiene alguna queja sobre el trato que le hemos dado, es nuestra obligación respetar su derecho al reclamo. Por lo tanto, siempre debe dirigirse al servicio al cliente para pedir ayuda. También es posible que, en algunas situaciones, necesite ayuda u orientación de alguien que no esté relacionado con nosotros. A continuación, le indicamos dos entidades que pueden ayudarle.

Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés)

Cada estado tiene un programa gubernamental con asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna empresa de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarle a entender qué proceso debe utilizar si tiene un problema por resolver. También pueden responder a sus preguntas, darle más información y orientarle sobre lo que debe hacer.

Los servicios de los asesores del Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) son gratuitos. Encontrará los números de teléfono y los enlaces de los sitios web en la Sección 3 del Capítulo 2 de este documento.

Medicare

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

- Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), 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 ¿Qué proceso debe aplicar para resolver su problema?

Si tiene algún problema o duda, solo debe leer las partes de este capítulo que corresponden a su situación. La guía a continuación le servirá de ayuda.

¿Su problema o inquietud está relacionado con sus beneficios o cobertura?

Esto incluye problemas para saber si la atención médica (artículos médicos, servicios o medicamentos recetados de la Parte B) tiene cobertura o no, la forma de su cobertura y problemas relacionados con el pago de la atención médica.

Sí.

Continúe con la próxima sección de este capítulo, la **Sección 4, Una guía de los conceptos básicos de decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Pase directamente a la **Sección 10** al final de este capítulo: **Cómo presentar una queja por la calidad de atención, los tiempos de espera, el Servicio al Cliente u otros reclamos.**

DECISIONES DE COBERTURA Y APELACIONES

SECCIÓN 4 Una guía de los aspectos básicos de las decisiones de cobertura y apelaciones

Sección 4.1	Cómo solicitar decisiones de cobertura y presentar apelaciones: generalidades
--------------------	--

Las decisiones de cobertura y las apelaciones se aplican en el caso que existan problemas relacionados con sus beneficios y su cobertura de atención médica (servicios, artículos y medicamentos recetados de la Parte B, incluidos los pagos). Para simplificar las cosas, generalmente nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos recetados de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Se utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para saber si un algo está cubierto o no y la manera en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir los beneficios

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y cobertura, o sobre la suma que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si el médico de la red de su plan lo deriva a un especialista médico que no está dentro de la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de rechazo estándar para este especialista médico o la *Evidencia de Cobertura* deje claro que el servicio referido nunca está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su médico también pueden comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura si su médico no está seguro de que cubriremos un servicio médico particular o si se niega a

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

proporcionarle la atención médica que usted considera que necesita. En otras palabras, si necesita saber si cubrimos una atención médica antes de recibirlo, puede solicitar una decisión de cobertura para su caso. En circunstancias limitadas, se desestimarán una solicitud de decisión de cobertura, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso para explicar por qué se desestimó la solicitud y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Tomamos una decisión de cobertura por usted cada vez que decidimos qué servicios están cubiertos para usted y cuánto debemos pagar. En algunos casos, podemos decidir que la atención médica no está cubierta o que Medicare ya no la cubre. Si no está de acuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, antes o después de recibir un servicio, y usted no está satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que hayamos tomado. En determinadas circunstancias que repasaremos más adelante, puede solicitar una apelación acelerada o **apelación rápida** de una decisión de cobertura. As u apelación la tramitarán revisores distintos de los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En esta apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si seguimos correctamente las normas. Una vez que completamos la revisión, le comunicamos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, se desestimarán una apelación de Nivel 1, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se desestimarán una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien realiza la solicitud en su nombre pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si desestimamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso para explicarle por qué se ha desestimado y cómo solicitar una revisión de la desestimación.

Si rechazamos total o parcialmente su apelación de Nivel 1 para atención médica, su apelación pasará automáticamente a una apelación de Nivel 2 realizada por una organización de revisión independiente que no está relacionada con nosotros.

- No necesita hacer nada para comenzar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren 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 por atención médica.

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

- 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 tomada en la apelación de Nivel 2, es posible que pueda continuar a través de otros niveles de apelación (en la Sección 9 de este capítulo se explican los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.2	Cómo recibir ayuda cuando solicita una decisión de cobertura o presenta una apelación
--------------------	--

Aquí encontrará recursos por si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Puede llamarnos a Servicios para Miembros.**
- Puede **obtener ayuda gratuita** del Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico.
- **Su médico puede presentar una solicitud por usted.** Si su médico le ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, deberá ser designado como su representante. Llame a Servicios para Miembros y solicite el formulario de *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.)
 - Para atención médica o medicamentos recetados de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación en el Nivel 1, se derivará en forma automática al Nivel 2.
 - En el caso de los medicamentos con receta de la Parte D, su médico u otro profesional que receta pueden solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o profesional que receta puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitarle a otra persona que actúe en su nombre.** Si lo desea, puede nombrar a otra persona para que actúe como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
 - Si usted quiere que un amigo, pariente u otra persona sean 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 concede permiso a esa persona para que actúe en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea que actúe en su nombre. Deberá entregarnos una copia del formulario firmado.
 - Si bien podemos aceptar una solicitud de apelación sin el formulario, solo podremos completar nuestra revisión cuando lo recibamos. Si no recibimos el

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

formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se desestimarán sus solicitudes de apelación. En caso de que esto suceda, le enviaremos un aviso escrito en el que se expliquen sus derechos para solicitar a la Organización de Revisión Independiente que revise nuestra decisión de desestimar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede contratar a su propio abogado o pedir el nombre de un abogado en la asociación de abogados local u otro servicio de remisiones. También existen grupos que ofrecen servicios legales gratuitos si usted califica. Sin embargo, **no es necesario que contrate a un abogado** para solicitar cualquier tipo de decisión de cobertura o para apelar una decisión.

Sección 4.3	¿Qué sección de este capítulo contiene los detalles para su situación?
--------------------	---

Existen cuatro tipos diferentes de situaciones que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Dado que cada situación tiene normas y plazos diferentes, le damos los detalles de cada una en una sección diferente:

- **Sección 5** de este capítulo: Su atención médica: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6** de este capítulo: Sus medicamentos con receta de la Parte D: cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7** de este capítulo: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si considera que el médico le está dando el alta demasiado pronto.
- **Sección 8** de este capítulo: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo ciertos servicios médicos si usted considera que la cobertura finaliza demasiado pronto. (*Se aplica solo a los siguientes servicios: cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios [CORF, en inglés]*).

Si no está seguro de cuál sección debe utilizar, llame a Servicios para Miembros. También puede pedir ayuda o información de organizaciones gubernamentales como el Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés).

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

Sección 5.1	En esta sección se le explica lo que tiene que hacer si tiene problemas para recibir la cobertura de atención médica o si quiere que le reembolsemos nuestra parte del costo por su atención
--------------------	---

En esta sección, se describen sus beneficios por atención médica. Estos beneficios se describen en el Capítulo 4 de este documento: *Tabla de Beneficios Médicos (servicios cubiertos y lo que usted debe pagar)*. En algunos casos, se aplican normas diferentes de una solicitud de un medicamento con receta de la Parte B. En esos casos, explicaremos de qué manera las normas para los medicamentos recetados de la Parte B son diferentes de aquellas para los artículos y servicios médicos.

Esta sección contiene información sobre qué puede hacer si se encuentra en alguna de las cinco situaciones siguientes:

1. Usted no recibe la atención médica que desea y considera que esta atención está cubierta por nuestro plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
2. Nuestro plan no aprueba la atención médica que su médico u otro proveedor médico desea brindarle y usted considera que esta atención está cubierta por el plan. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 5.2.**
3. Usted recibió atención médica que considera que debería estar cubierta por el plan, pero nosotros le comunicamos que no pagaremos por ese cuidado. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**
4. Usted recibió y pagó atención médica que considera debería estar cubierta por el plan y quiere solicitar a nuestro plan que le reembolse por esa atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**
5. Le han informado que la cobertura de cierta atención médica que ha estado recibiendo (previamente aprobada por nosotros) será reducida o cancelada y considera que eso podría perjudicar su salud. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

Nota: si la cobertura que se va a interrumpir es por servicios de cuidado en el hospital, atención cuidado de la salud en el hogar, o atención en un centro de enfermería especializada o en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés), tiene que leer las Secciones 7 y 8 de este Capítulo. Se aplican normas especiales a estos tipos de atención.

Sección 5.2 Paso a paso: cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales

Cuando una decisión de cobertura afecta su atención médica, se llama **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **determinación acelerada**.

Paso 1: decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Por lo general, una decisión de cobertura estándar se resuelve en un plazo de 14 días o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas, para servicios médicos, o 24 horas, para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir dos requisitos:

- *Solo puede solicitar* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si, con la aplicación de los plazos estándares, tanto *su salud como su capacidad de funcionar pueden resultar perjudicadas*.

Si su médico nos comunica que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, aceptaremos tomar una decisión de cobertura rápida automáticamente.

Si usted mismo solicita una decisión de cobertura rápida, sin el respaldo de su médico, decidiremos si su estado de salud requiere que le otorguemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con lo siguiente:

- Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
- Se le explique que, si su doctor solicita la decisión de cobertura rápida, le concederemos automáticamente una decisión de cobertura rápida.
- Indicación sobre cómo puede presentar una queja rápida por haber decidido 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, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. Puede hacerlo usted, su médico o su representante. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

Paso 3: Nosotros evaluamos su solicitud de cobertura de atención médica y le damos una respuesta.

Para las decisiones de cobertura estándares, utilizamos los plazos estándares.

Esto significa que le damos 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 con receta de la Parte B de Medicare**, le daremos una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.

- **Sin embargo**, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Le daremos una respuesta a su queja una vez que tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso que se utiliza para decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

Para decisiones de cobertura rápidas, utilizamos un plazo acelerado.

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

- **Sin embargo**, si usted solicita una extensión o si necesitamos reunir más información que le puede beneficiar, **podemos extender el plazo por 14 días naturales más**. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas). Nos comunicaremos con usted tan pronto como hayamos tomado la decisión.
- **Si nuestra respuesta a parte o a toda su solicitud es negativa**, le enviaremos una declaración escrita donde le explicaremos por qué nuestra respuesta es negativa.

Paso 4: si nuestra respuesta a su solicitud de cobertura por atención médica es negativa, puede apelar.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión al presentar una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de

atención médica que usted desea. Si presenta una apelación, significa que pasa al Nivel 1 del proceso de apelación.

Sección 5.3 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación presentada ante el plan por una decisión de cobertura de atención médica se denomina **reconsideración**.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se resuelve en un plazo de 30 días naturales, o 7 días para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas.

- Si usted está apelando una decisión que tomamos con respecto a la cobertura de atención que aún no ha recibido, usted o su médico deberá decidir si necesita una apelación rápida. Si su médico nos informa que su estado de salud requiere una apelación rápida, le otorgaremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 5.2 de este capítulo.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan

- **Si solicita una apelación estándar, presente su apelación estándar por escrito.** Usted también puede solicitar una apelación si nos llama. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en un plazo de 65 días naturales** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón del retraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o si le hemos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede solicitar una copia de la información relacionada con su decisión médica.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

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

Paso 3: Espere a que analicemos su apelación y le demos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, se examina con detalle toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Si es necesario, recopilaremos más información, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación**. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
 - Si no le damos una respuesta en un plazo de 72 horas (o al final de la extensión del plazo si tomamos días adicionales), estamos obligados a trasladar su solicitud en forma automática al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será sometida a revisión por una Organización de revisión independiente. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud**, debemos autorizar o brindar la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y reenviaremos 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

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 30 días naturales** de haber recibido su apelación. Si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare que no ha recibido, le daremos nuestra respuesta **en un plazo de 7 días naturales** después de que recibamos su apelación. Le informaremos sobre nuestra decisión en un plazo menor si su estado de salud lo requiere.
 - Sin embargo, si solicita más tiempo, o si necesitamos reunir más información que pueda beneficiarle, **podemos tomarnos hasta 14 días naturales más** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si extendemos el plazo, se lo informaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

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

- Si considera que *no* debemos extender el plazo, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, responderemos a su queja en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).
- Si no le entregamos una respuesta dentro del plazo (o al final del plazo extendido), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en la que una organización de revisión independiente la revisará. En la sección 5.4 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aprobamos parte o la totalidad de su solicitud**, debemos autorizar o proporcionar la cobertura en un plazo de **30 días naturales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días naturales** si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, enviaremos en forma automática su apelación a la Organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Paso a paso: cómo se presenta 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 (acrónimo en inglés)**.

La **Organización de revisión independiente** es una **organización independiente contratada por Medicare**. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso**.
- Tiene derecho a facilitar a la Organización de revisión independiente información adicional para respaldar su apelación.
- Los revisores de la Organización de revisión independiente examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Si presentó 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** después de recibir su apelación.
- Sin embargo, si su solicitud es para un artículo o servicio médico y la Organización de revisión independiente debe reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días naturales más**. La Organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Si presentó una apelación estándar en el Nivel 1, también tendrá una apelación estándar en el Nivel 2

- En el caso de la apelación estándar, si su solicitud es para un artículo o servicio médico, la Organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 30 días naturales** después de recibir su apelación. Si su solicitud es por un medicamento con receta de Medicare Parte B, la organización revisora debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** 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 debe reunir más información que podría beneficiarle, **puede tomarse hasta 14 días naturales más**. La Organización de revisión independiente no puede demorar más tiempo en tomar una decisión si su solicitud es para un medicamento con receta de la Parte B de Medicare.

Paso 2: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

La Organización de revisión independiente le informará su decisión por escrito junto con las razones que la justifican.

- **Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa para una parte o para toda la solicitud de un artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en un plazo de 72 horas o proporcionar el servicio dentro de los 14 días naturales después de recibir la decisión de la organización de revisión para las solicitudes estándares. Para solicitudes aceleradas, contamos con un plazo de 72 horas a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión.
- **Si la respuesta de la Organización de revisión es afirmativa para una parte o para toda la solicitud de un medicamento con receta de la Parte B de Medicare**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento con receta de la Parte B en cuestión **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la Organización de revisión para **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, contamos con un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la Organización de revisión.

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

- **Si la respuesta de esta organización es negativa para una parte o para toda su apelación**, significa que está de acuerdo con nuestro plan en que su solicitud (o parte de su solicitud) de cobertura de atención médica no debe ser aprobada. (Esto se denomina **confirmar la decisión** o **rechazar su apelación**). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:
 - Explicación de su decisión.
 - Se le informa sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza un mínimo determinado. En el aviso escrito que reciba de la Organización de revisión independiente se le informará el valor en dólares que debe cumplir para continuar con el proceso de apelaciones;
 - le informe cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante 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 al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso escrito que recibe tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo, se explican los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 5.5	¿Qué sucede si usted nos solicita que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por atención médica?
--------------------	--

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las que usted puede necesitar pedir un reembolso o pagar una factura que ha recibido de un proveedor. También le informa cómo nos debe enviar la documentación en la que solicita que le paguemos.

Pedir un reembolso es solicitarnos una decisión de cobertura

Si nos envía la documentación para solicitar un reembolso, está solicitando una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, verificaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También verificaremos si usted cumplió con todas las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es afirmativa:** Si la atención médica que usted pagó está cubierta y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de nuestra parte del costo de su atención médica habitualmente en un plazo de 30 días naturales, y a más tardar en un plazo de 60 días naturales, después de haber recibido su solicitud. O bien, si usted todavía no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.

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

- **Si nuestra respuesta a su solicitud es negativa:** Si la atención médica *no* está cubierta o si usted *no* cumplió con todas las normas, no le enviaremos el pago. En su lugar, enviaremos una carta en la que se le informa que no pagaremos la atención médica y los motivos por los cuales no pagaremos.

Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **usted podrá presentar una apelación**. Si presenta una apelación, nos está solicitando que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para presentar esta apelación, siga el proceso de apelaciones descrito en la Sección 5.3. Para apelaciones relacionadas con los reembolsos, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días naturales después de haber recibido su apelación. (Si solicita un reintegro por atención médica que usted mismo ya ha recibido y pagado, no podrá solicitar una apelación rápida).
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días naturales. Si la respuesta a su apelación es afirmativa en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviar el pago que ha solicitado 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	En esta sección se explica lo que tiene que hacer si tiene problemas para obtener un medicamento de la Parte D o si desea que le reembolsemos lo que usted pagó por un medicamento de la Parte D
--------------------	---

Sus beneficios incluyen la cobertura de muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, el medicamento debe utilizarse para una indicación médica aceptada. (Para más información sobre una indicación médica aceptada, consulte el capítulo 5). Para más detalles sobre los medicamentos de la Parte D, normas, restricciones y costos, consulte los capítulos 5 y 6. **Esta sección se refiere únicamente a los medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, en general, hablaremos de *medicamento* en el resto de esta sección en lugar de repetir cada vez las expresiones *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D*. También utilizamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o *Formulario*.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren nuestra aprobación antes de cubrirlos.

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

- Si su farmacia le dice que su receta no puede surtirse como está indicado, la farmacia le dará un aviso escrito explicándole cómo ponerse en contacto con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones de cobertura y apelaciones de la Parte D

Término legal
Una decisión de cobertura inicial sobre sus medicamentos de la Parte D se denomina determinación de cobertura .

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos sobre sus beneficios y cobertura o sobre la cantidad que pagaremos por sus medicamentos. En esta sección se explica lo que puede hacer si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

- Solicitar cobertura de un medicamento de la Parte D que no está en la *Lista de medicamentos cubiertos* del plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, autorización previa o el requisito para probar otro medicamento primero). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Pedirnos pagar un monto de costos compartidos menor por un medicamento cubierto incluido en una categoría de costos compartidos más alta. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar la aprobación previa de un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar un medicamento con receta que ya compró. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección explica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo presentar una apelación.

Sección 6.2 ¿Qué es una excepción?

Términos legales

Pedir cobertura de un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura de un medicamento se denomina, en ocasiones, **excepción al formulario**.

Solicitar pagar un precio menor por un medicamento no preferido cubierto a veces se denomina solicitar una **excepción de categoría**.

Si un medicamento no está cubierto como a usted le gustaría, puede pedirnos que hagamos una **excepción**. Una excepción es un tipo de decisión de cobertura.

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico u otra persona autorizada a emitir recetas deberán explicar las razones médicas que justifiquen por qué necesita que se apruebe la excepción. Estos son tres ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a emitir recetas pueden solicitarnos:

- 1. Cubrir un medicamento de la Parte D que no esté en nuestra Lista de medicamentos.** Si estamos de acuerdo en cubrir un medicamento que no está incluido en la Lista de medicamentos, usted deberá pagar el monto de costos compartidos que aplica a los medicamentos en la categoría 4. No puede solicitar una excepción por el monto de costos compartidos que requerimos que pague por el medicamento.
- 2. Eliminar una restricción para un medicamento cubierto.** En el Capítulo 5, se describen las reglas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción para usted, puede solicitar una excepción al monto de costos compartidos que le exigimos que pague por el medicamento.
- 3. Cambio de la cobertura de un medicamento a una categoría de costos compartidos más bajo.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se incluyen en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más bajo es el número de la categoría de costos compartidos, menos pagará usted por su parte del costo del medicamento.
 - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección médica que se encuentran en una categoría de costos compartidos más baja que el de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos que corresponda a los medicamentos alternativos.
 - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede solicitarnos que lo cubramos con un monto de costos compartidos más bajo. Esta sería la categoría de costos más baja que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.

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

- Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede solicitarnos que cubramos su medicamento al monto de costos compartidos correspondiente a la categoría más baja que contenga medicamentos de marca alternativos para el tratamiento de su afección.
- Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede solicitarnos que cubramos su medicamento por el monto de costos compartidos que se aplica a la categoría más baja que contiene alternativas de marca o genéricas para el tratamiento de su afección.
- No puede solicitarnos que cambiemos la categoría de costo compartido para cualquier medicamento en la categoría 5..
- Si aprobamos su solicitud para una excepción de categoría, y hay más de una categoría menor de costos compartidos con medicamentos alternativos que no puede tomar, generalmente pagará el monto menor.

Sección 6.3	Aspectos importantes que debe tener presente a la hora de solicitar excepciones
--------------------	--

Su médico debe indicar las razones médicas

Su médico u otro profesional que receta tienen que darnos una declaración escrita en la que se expliquen las razones médicas para solicitar una excepción. Para obtener una decisión más rápida, incluya esta información de su médico u otro profesional que receta cuando solicite la excepción.

Por lo general, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para el tratamiento de una condición en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo podría tener la misma eficacia que el medicamento que usted solicita y no causaría más efectos secundarios ni otros problemas de salud, generalmente, *no* aprobaremos la solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de categoría, en general *no* aprobaremos su solicitud de una excepción, a menos que los medicamentos alternativos de las categorías más bajas de costos compartidos no le resulten efectivos o que exista la posibilidad de que causen una reacción adversa u otro daño.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de excepción, nuestra aprobación suele ser válida hasta el final del año del plan. Esto se cumple siempre y cuando su médico siga recetándole el medicamento y este siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión presentando una apelación.

Sección 6.4	Paso a paso: Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción
--------------------	--

Término legal

Una decisión de cobertura rápida se denomina 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 en un plazo de **72 horas** después de recibir la declaración de su médico. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la declaración de su médico.

Si su estado de salud lo requiere, solicítenos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con dos requisitos:

- Debe solicitar un medicamento que aún no haya recibido. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le devuelvan el dinero de un medicamento que ya ha comprado).
- El uso de las fechas límite estándares puede causar graves daños a su salud o afectar su capacidad de funcionar.
- **Si su médico u otras personas autorizada a emitir recetas nos dice que su salud requiere una decisión de cobertura rápida sobre la cobertura, automáticamente aceptaremos proporcionarla.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el apoyo de su médico o profesional que receta, decidiremos si su estado de salud requiere que le demos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta con lo siguiente:
 - Explicación de que utilizaremos los plazos estándares.
 - Explicación de que, si su médico u otro profesional que receta solicita la decisión de cobertura rápida, se la concederemos automáticamente.
 - Se explique cómo puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión para otorgarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja dentro de las 24 horas a partir de la fecha de recepción.

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

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

Comience por llamar, enviar una carta o un fax a nuestro plan para solicitar que autoricemos o que le brindemos la cobertura por la atención médica que usted desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura a través de nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés)* o en el formulario de nuestro plan, que están disponibles en nuestro sitio web www.goldkidney.com. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto. Las solicitudes de cobertura de medicamentos se pueden presentar de forma electrónica aquí: <https://goldkidney.com/covered-drugs/>, y luego seleccione “Submit Prior Authorization Request” (Presentar solicitud de autorización previa), que lo llevará a una página web para completar la solicitud. Para ayudarnos a tramitar su solicitud, asegúrese de incluir su nombre, datos de contacto e información que identifique la reclamación denegada que está apelando.

Esto lo puede hacer usted, su médico (u otra persona autorizada a emitir recetas) o su representante. También puede pedirle a un abogado que actúe en su nombre. En la sección 4 de este capítulo se explica cómo puede autorizar por escrito a otra persona para que actúe como su representante.

- **Si solicita una excepción, proporcione la declaración de apoyo**, que es la razón médica de la excepción. Su médico u otra persona autorizada a emitir recetas pueden enviarnos la declaración por fax o por correo. O su médico u otro profesional que receta pueden comunicarse con nosotros por teléfono y luego enviarnos la declaración escrita por fax o correo si es necesario.

Paso 3: Espere a que analicemos su solicitud y le demos una respuesta.

Fechas límite para una decisión de cobertura rápida

- Por lo general, le daremos una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de recibir su solicitud.
 - En los casos excepcionales, le daremos una respuesta dentro de las 24 horas a partir de la recepción de la declaración del médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que proporcionarle la cobertura que hemos aceptado proporcionarle en un plazo de 24 horas después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.

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

- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explica por qué lo rechazamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto a un medicamento que usted todavía no ha recibido

- Por lo general, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas** a partir de la recepción de su solicitud.
 - En los casos excepcionales, le daremos una respuesta dentro de las 72 horas a partir de la recepción de la declaración del médico. Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no cumplimos esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, tenemos que **proporcionarle la cobertura** que hemos aceptado proporcionarle **en un plazo de 72 horas** después de haber recibido su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explica por qué lo rechazamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Fechas límite para una decisión de cobertura estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días naturales después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explica por qué lo rechazamos. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Presente una apelación si es que denegamos su solicitud de cobertura.

- Si nuestra respuesta es negativa, tiene derecho a pedirnos que reconsideremos esta decisión al presentar una apelación. Esto significa volver a solicitar la cobertura de medicamentos que desea. Si presenta una apelación, significa que su caso será trasladado al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de medicamentos de la Parte D se denomina **redeterminación**.

Una apelación rápida también se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Por lo general, una apelación estándar se resuelve en un plazo de 7 días naturales. Una apelación rápida suele hacerse en un plazo de 72 horas. Si su estado de salud lo requiere, solicite una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a emitir recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida detallados en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, médico u otro profesional que receta deben ponerse en contacto con nosotros y presentar su apelación de Nivel 1. Si su salud requiere una respuesta rápida, debe solicitar una **apelación rápida**.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o llámenos.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **En el caso de apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o llámenos al 1-888-672-7206.** En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud presentada en el *Formulario de solicitud de determinación modelo de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés)*, el cual está disponible en nuestro sitio web www.goldkidney.com. Asegúrese de incluir su nombre, información de contacto e información relativa a su reclamación para ayudarnos a tramitar su solicitud.
- Las solicitudes de apelación de cobertura de medicamentos se pueden presentar de forma electrónica aquí: <https://goldkidney.com/forms/>, y luego seleccione “Submit Prior Authorization Request” (Presentar 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 65 días naturales** a partir de la fecha del aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si no cumple este plazo y tiene una buena razón para no hacerlo, explique la razón del retraso cuando presente su apelación. Podemos darle más tiempo

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

para presentar su apelación. Ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad grave que le haya impedido comunicarse con nosotros o si le hemos proporcionado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.

- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más datos.** Usted y su médico pueden añadir más información para respaldar su apelación.

Paso 3: Espere a que analicemos su apelación y le demos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, volvemos a examinar detenidamente toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos contactemos con usted o con su médico u otro profesional que receta para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **dentro de las 72 horas a partir de la recepción de su apelación.** Le informaremos nuestra respuesta con antelación si su estado de salud lo requiere.
 - Si no le damos una respuesta dentro de las 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si nuestra respuesta es afirmativa a parte o toda su solicitud,** debemos brindar la cobertura que hemos acordado proveer dentro de las 72 horas de haber recibido su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud,** le enviaremos una declaración escrita en la que se explica por qué la rechazamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar con respecto a un medicamento que todavía no recibió

- Si solicita una apelación estándar, debemos comunicarle nuestra respuesta **dentro de los 7 días naturales** de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
 - Si no le comunicamos la decisión en un plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. En la sección 6.6 se 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 aceptamos parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos proporcionar la cobertura con la mayor brevedad posible según lo requiera su estado de salud, pero antes de que transcurran **7 días naturales** después de recibir su apelación.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explica por qué la rechazamos y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar con respecto al pago de un medicamento que ya ha comprado

- Debemos darle una respuesta **en un plazo de 14 días naturales** después de haber recibido su solicitud.
 - Si no cumplimos con esta fecha límite, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días naturales** después de haber recibido su solicitud.
- **Si nuestra respuesta es negativa a parte o toda su solicitud**, le enviaremos una declaración escrita en la que se explica por qué lo rechazamos. También le informaremos cómo puede apelar.

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

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

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 (acrónimo en inglés)**.

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización decide si la decisión que tomamos es correcta o si debe modificarse. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (su representante, su médico o cualquier profesional que receta) se debe poner en contacto con la organización de revisión independiente y solicitar una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso 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 fechas límite debe respetar y cómo ponerse en contacto con la organización de revisión. Sin embargo, si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **en riesgo** en virtud de nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamo a la Entidad de Revisión Independiente (IRE, en inglés).
- Nosotros enviaremos la información sobre su apelación a esta organización. Esta información se denomina su **expediente del caso**. **Usted tiene derecho a solicitar una copia de su expediente del caso.**
- Tiene derecho a facilitar 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 examinarán detenidamente toda la información relacionada con su apelación.

Fechas límite para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, solicite a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 **en un plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Fechas límite para una apelación estándar

- Si presenta una apelación estándar, la organización de revisión deberá informarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días naturales** después de recibir su apelación si es para un medicamento que aún no recibió. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la organización de revisión debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días naturales** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La Organización de revisión independiente le da su respuesta.

Para apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos proporcionar la cobertura de medicamentos aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 24 horas** posteriores a la recepción de 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 **proporcionar la cobertura de medicamentos** aprobada por la organización de revisión **en un plazo de 72 horas** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** de un medicamento que ya compró, estamos obligados a **enviarle el pago en un plazo de 30 días naturales** posteriores a la recepción de la decisión de la organización de revisión.

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

Si la 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 **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la Organización de revisión independiente le enviará una carta con lo siguiente:

- Explicación de su decisión.
- Notificación sobre el derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. 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.
- Explicación del valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelación.

Paso 4: Si su caso cumple los requisitos, usted decide si quiere seguir adelante 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 al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso escrito que recibe tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.

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

- La apelación de Nivel 3 estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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

Cuando usted ingresa a un hospital, tiene derecho de recibir todos los servicios hospitalarios cubiertos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, el médico y el personal del hospital trabajarán con usted para prepararle para el día en que reciba el alta. También le ayudarán a coordinar la atención que podrá requerir después del alta.

- El día que usted se retira del hospital se denomina la **fecha de alta**.
- Cuando se haya determinado su fecha de alta, su médico o el personal del hospital se la informarán.
- Si considera que le están dando de alta demasiado pronto, puede solicitar una hospitalización más prolongada y su solicitud se tendrá en cuenta.

Sección 7.1 Durante su hospitalización como paciente internado, recibirá un aviso escrito de Medicare donde se le informa sobre sus derechos
--

Dentro de los dos días naturales posteriores a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso escrito llamado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*. Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si nadie del hospital (por ejemplo, un trabajador social o una enfermera) le entrega el aviso, pídaselo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para Miembros o al 1- 800-MEDICARE (1-800-633-4227), disponible 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 la entiende.** Le indica:
 - Su derecho de recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo indicado por su médico. Esto incluye el derecho a saber cuáles son los servicios, quién los pagará y dónde los puede recibir.
 - Su derecho a participar en las decisiones con respecto a su hospitalización.
 - Dónde presentar sus inquietudes con respecto a la calidad de su atención hospitalaria.
 - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión de darle el alta si considera que esta es muy repentina. Es una manera formal y legal de solicitar un

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

aplazamiento de su fecha de alta para que se extienda su cobertura de atención hospitalaria.

2. Se le pedirá que firme el aviso escrito para demostrar que lo recibió y que entiende sus derechos.

- Se le pedirá a usted o a alguien que actúe en su nombre que firme el aviso.
- Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. Este aviso no especifica su fecha de alta. Firmar el aviso **no significa** que usted está de acuerdo con una fecha de alta.

3. Conserve una copia del aviso a mano para tener la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar una inquietud sobre la calidad del cuidado), si lo necesita.

- Si firma el aviso más de dos días naturales antes de la fecha de alta hospitalaria, recibirá otra copia antes de que le programen el alta.
- Para ver una copia de este aviso por anticipado, 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 su fecha de alta del hospital

Si desea solicitar que extendamos el plazo de cobertura de sus servicios hospitalarios para pacientes internados, deberá recurrir al proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Verifique si su fecha de alta programada es adecuada desde el punto de vista médico para su caso.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica pagados por el Gobierno Federal que controlan y ayudan a mejorar la calidad de la atención médica de personas que tienen Medicare. Esto incluye analizar las fechas de alta del hospital de los beneficiarios de 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 para el Mejoramiento de la Calidad de su estado y solicite una revisión inmediata de su alta del hospital. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- El aviso escrito que recibió (*Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos*) le indica cómo comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Para presentar su apelación, debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *antes* de dejar el hospital y **a más tardar la medianoche del día de su alta**.
 - **Si cumple este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de su fecha de alta *sin pagar por la estadía* mientras espera la decisión de su apelación de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.
 - **Si no cumple este plazo**, comuníquese con nosotros. Si decide quedarse en el hospital más allá de la fecha de alta planificada, *posiblemente tenga que pagar todos los costos* de los cuidados hospitalarios que reciba después de la fecha de alta planificada.

Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día posterior al que se comuniquen con nosotros, le proporcionaremos un **Aviso Detallado de Alta**. En este aviso, se le informa su fecha de alta programada y se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Puede obtener una muestra del **Aviso Detallado de Alta** al 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). O puede ver una muestra del aviso en línea en www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los *revisores*) le consultarán a usted (o a su representante) las razones por las que considera que se debe prolongar la cobertura de los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.

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

- Los revisores también verán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que nosotros y el hospital les hemos suministrado.
- Antes del mediodía del día posterior al que los revisores nos informen acerca de su apelación, le haremos llegar un aviso escrito que le proporciona su fecha programada de alta médica. En el aviso también se explican en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros consideramos correcto (adecuado desde el punto de vista médico) que usted sea dado de alta en esa fecha.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le dará una respuesta a su apelación.

¿Qué sucede si la respuesta es afirmativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *afirmativa*, **debemos seguir proporcionándole los servicios hospitalarios cubiertos mientras sean necesarios por razones médicas.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Además, puede haber limitaciones para sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la respuesta es negativa?

- Si la respuesta de la organización de revisión es *negativa*, significa que su fecha de alta programada es correcta desde el punto de vista médico. Si este es su caso, **nuestra cobertura por sus servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará el mediodía de la fecha *después* de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta de su apelación.**
- Si la respuesta de la organización de revisión para su apelación es *negativa* y usted decide permanecer internado en el hospital, **usted deberá pagar el costo total** de la atención hospitalaria que usted reciba a partir del mediodía del día después de que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad le informe la respuesta a su apelación.

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechaza* su apelación y usted se queda en el hospital después de la fecha de alta planificada, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que su caso será trasladado al **Nivel 2** del proceso de apelaciones.

Sección 7.3	Paso a paso: Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar su fecha de alta del hospital
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su Apelación de Nivel 2, usted deberá pagar el costo total de su internación posterior a la fecha de alta programada.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura de atención.

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

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

Paso 3: dentro de los 14 días naturales posteriores a la recepción de su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

Si la respuesta de la organización de revisión es afirmativa:

- **Deberemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de atención hospitalaria que usted recibió a partir del mediodía del día posterior a la fecha en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindándole cobertura para su cuidado hospitalario como paciente internado mientras sea necesario por razones médicas.**
- Usted deberá continuar pagando su parte de los costos, y se pueden aplicar limitaciones de cobertura.

Si la respuesta de la organización de revisión es negativa:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a su Apelación de Nivel 1. Esto se denomina confirmar la decisión.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión.

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

Paso 4: Si se la respuesta es negativa, deberá decidir si desea proseguir con su apelación y pasar 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 decide avanzar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo proceder se incluyen en el aviso escrito que recibió después de la apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo determinados servicios médicos, si considera que su cobertura termina demasiado pronto

Sección 8.1	<i>En esta sección, se describen solamente tres servicios: Cuidado de la salud en el hogar, atención en un centro de enfermería especializada y de Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés)</i>
--------------------	---

Cuando recibe servicios cubiertos de **cuidado de la salud en el hogar, atención de enfermería especializada o atención en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés)**, tiene el derecho de continuar recibiendo sus servicios cubiertos por ese tipo de atención durante el tiempo necesario para realizar el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es momento de finalizar la cobertura para cualquiera de los tres tipos de atención que usted recibe, debemos informarle por anticipado. Cuando finalice la cobertura de esa atención, *dejaremos de pagar nuestra parte del costo de su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura de su cuidado demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión.** En esta sección se explica cómo solicitar una apelación.

**Sección 8.2 Le informaremos con antelación cuándo finalizará su
cobertura**

Término legal

Aviso de no cobertura de Medicare. Le indica cómo debe proceder para solicitar una **apelación rápida**. La solicitud de una apelación rápida es una manera formal y legal de pedir un cambio en nuestra decisión de cobertura respecto a cuándo finalizar su atención.

- 1. Recibirá un aviso escrito**, al menos, dos días naturales antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. En el aviso se informa lo siguiente:
 - La fecha en la que finalizaremos la cobertura de su atención.
 - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención por más tiempo.
- 2. Usted u otra persona que actúe en su nombre debe firmar el aviso escrito como acuse de recibo.** Al firmar el aviso, se demuestra *solamente* que recibió la información sobre la finalización de su cobertura. **Firmar este aviso no significa que usted está de acuerdo** con la decisión del plan de que debe finalizar su atención.

**Sección 8.3 Paso a paso: cómo presentar una apelación de Nivel 1 para
que nuestro plan cubra su atención por más tiempo**

Si desea solicitarnos que prolonguemos la cobertura de su atención, deberá recurrir al proceso de apelaciones para hacer esta solicitud. Antes de empezar, entienda qué debe hacer y cuáles son los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita.** Si tiene preguntas o necesita ayuda en cualquier momento, llame a Servicios para Miembros. O comuníquese con su Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico, una organización gubernamental que brinda asistencia personalizada.

Durante una Apelación de Nivel 1, la Organización para el Mejoramiento de la Calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es correcta desde el punto de vista médico.

La **Organización para el Mejoramiento de la Calidad** es un grupo de doctores y otros expertos en atención médica pagados por el Gobierno Federal para controlar y ayudan a mejorar la atención a los pacientes que tienen Medicare. Esto incluye revisar las decisiones del plan sobre cuándo es el momento de dejar de cubrir determinados tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Realice su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y solicite una *apelación rápida*. Deberá actuar rápidamente.

¿Cómo se puede comunicar con esta organización?

- Mediante el aviso escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se le informa cómo comunicarse con esta organización. O para conocer el nombre, la dirección y el número de teléfono de la Organización para el Mejoramiento de la Calidad de su estado consulte el Capítulo 2.

Actúe con rapidez:

- Debe comunicarse con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad para comenzar su apelación **antes del mediodía del día anterior a la fecha de vigencia** indicada en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si deja pasar el plazo y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Contacte a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.

Paso 2: La Organización para el Mejoramiento de la Calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal
Explicación detallada de la finalización de la cobertura Aviso que proporciona detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud en la Organización para el Mejoramiento de la Calidad (los revisores) le preguntarán a usted o a su representante, por qué consideran que debería continuar la cobertura por los servicios. No es necesario que usted presente las razones por escrito, pero lo podrá hacer si así lo desea.
- La organización de revisión también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que le suministró nuestro plan.
- Al final del día, los revisores nos habrán informado sobre su apelación, le proporcionaremos la **Explicación detallada de no cobertura** en la que se expliquen en detalle las razones por las cuales finalizamos la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En el plazo de un día completo después de que tengan toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aprueban su apelación?

- Si la respuesta de los revisores es *afirmativa* para su apelación, **debemos seguir brindándole los servicios cubiertos durante el tiempo médicamente necesario.**
- Deberá continuar pagando su parte de los costos (como los deducibles o copagos, si corresponde). Puede haber limitaciones para sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores rechazan su apelación?

- Si la respuesta de los revisores es *negativa* para su apelación, **su cobertura finalizará en la fecha que le hemos informado.**
- Si usted decide continuar recibiendo servicios de cuidado de la salud en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada o atención en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés) *después* de esta fecha en que finaliza su cobertura, **usted deberá pagar el costo total por esta atención.**

Paso 4: si la respuesta a su apelación de Nivel 1 es negativa, debe decidir si desea presentar otra apelación.

- Si los revisores contestan *negativamente* a su apelación de Nivel 1, y decide continuar recibiendo atención después de la finalización de la cobertura de su atención, usted podrá 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 por más tiempo
--------------------	--

Durante una apelación de Nivel 2, usted solicita a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad analizar nuevamente la decisión que tomó en su primera apelación. Si la Organización para el Mejoramiento de la Calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de los servicios de cuidado de la salud en el hogar o atención en un centro de enfermería especializada o atención en un Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés) *después* de la fecha en que le informamos que su cobertura finalizaba.

Paso 1: comuníquese con la Organización para el Mejoramiento de la Calidad nuevamente y solicite otra revisión.

- Debe solicitar esta revisión **en un plazo de 60 días naturales** después del día en que la Organización para el Mejoramiento de la Calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede solicitar esta revisión solo si siguió recibiendo atención después de la fecha en que finalizó su cobertura de la atención.

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

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

Paso 3: Dentro de los 14 días naturales de la recepción de su solicitud de apelación, los revisores tomarán una decisión sobre su apelación y se la informarán.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora es afirmativa?

- **Debemos reembolsarle** nuestra parte de los costos de la atención que usted ha recibido desde la fecha en que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos continuar proporcionando** cobertura de atención médica durante el tiempo que sea médicamente necesario.
- Usted debe continuar pagando su parte de los costos y se pueden aplicar limitaciones para la cobertura.

¿Qué sucede si la respuesta de la organización revisora es negativa?

- Significa que la organización está de acuerdo con la decisión que tomó sobre su apelación de Nivel 1.
- El aviso que reciba le informará por escrito cómo debe proceder si decide continuar con el proceso de revisión. Encontrará detalles sobre cómo proseguir con el próximo nivel de apelación, cuyo proceso queda a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador.

Paso 4: Si se rechaza su apelación, deberá decidir si desea proseguir con su apelación.

- Existen tres niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2, lo que suma un total de cinco niveles de apelación. Si desea pasar al Nivel 3 de apelación, los detalles sobre cómo hacerlo figuran en el aviso escrito que recibe tras la decisión sobre su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 estará a cargo de un juez de derecho administrativo o un abogado mediador. En la Sección 9 de este capítulo encontrará más información sobre los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelación.

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 presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor dólar del artículo o servicio médico que apeló alcanza ciertos niveles mínimos, podrá recurrir a otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, usted no podrá seguir apelando. En la respuesta por escrito a su apelación de Nivel 2 que reciba, se le explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se indica 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 mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.
--

- **Si la respuesta del juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es afirmativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.** A diferencia de una apelación de Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión de Nivel 3 que sea favorable para usted. Si decidimos apelar, se presentará una apelación de Nivel 4.
 - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle la atención médica en un plazo de 60 días naturales después de recibir la decisión del juez de derecho administrativo o abogado mediador.
 - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 acompañada de los documentos correspondientes. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o proveer la atención médica en disputa.
- **Si la respuesta del Juez de derecho administrativo o del abogado mediador con respecto a su apelación es negativa, el proceso de apelaciones *puede o no haber finalizado*.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión donde se rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

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

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) examinará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la respuesta es afirmativa, o si el Consejo deniega nuestra solicitud para la revisión de una decisión favorable de apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.** A diferencia de una decisión del Nivel 2, tenemos el derecho de apelar una decisión del Nivel 4 que sea favorable para usted. Decidiremos si apelar esta decisión en el Nivel 5.
 - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o proveerle la atención médica dentro de los 60 días naturales tras recibir la decisión del Consejo.
 - Si decidimos apelar la decisión, se lo informaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación, o si el Consejo deniega la solicitud de revisión, el proceso de apelación puede finalizar o no.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión donde se rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no quiere aceptar la decisión, tiene la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo responde negativamente a su apelación, el aviso que reciba le informará si las normas le permiten realizar una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal Federal de Distrito.

Sección 9.2 Apelación de Niveles 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y otra de Nivel 2, y ambas fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que ha apelado alcanza una determinada cantidad en dólares, es posible que pueda pasar a otros niveles de apelación. Si la cantidad en dólares es inferior, no podrá seguir apelando. La respuesta escrita que reciba a su apelación de Nivel 2 le explicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de los casos de las apelaciones, los últimos tres niveles de apelación funcionan básicamente de la misma manera. A continuación, se indica quién se encarga de la revisión de su apelación en cada uno de estos niveles.

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

Apelación de Nivel 3 Un juez de derecho administrativo o un abogado mediador que trabaje para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si la apelación se acepta, finaliza el proceso de apelación.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** aprobada por el juez de derecho administrativo o abogado mediador **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar en 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión donde se rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no desea aceptar la decisión, puede continuar con el nivel siguiente del proceso de revisión. En el aviso que reciba se le indicará lo que debe hacer para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4 El Consejo de Apelaciones de Medicare (el Consejo) examinará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si la apelación se acepta, finaliza el proceso de apelación.** Debemos **autorizar o proporcionar la cobertura del medicamento** aprobada por el Consejo **en un plazo de 72 horas (24 horas para las apelaciones aceleradas) o efectuar el pago a más tardar 30 días calendario** después de recibir la decisión.
- **Si la respuesta es negativa, el proceso de apelaciones puede o no haber finalizado.**
 - Si usted decide aceptar esta decisión donde se rechaza su apelación, finaliza el proceso de apelación.
 - Si no quiere aceptar la decisión, tiene la posibilidad de pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o deniega su solicitud de revisión, la notificación le indicará si las normas le permiten pasar al Nivel 5 de apelación. También le indicará con quién debe ponerse en contacto y qué debe hacer a continuación si decide continuar con su apelación.

Apelación de Nivel 5 Un juez del Tribunal Federal de Distrito revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *acepta* o *rechaza* su solicitud. Esta es una 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 se resuelven mediante el proceso de quejas?**

El proceso de queja se utiliza *únicamente* para determinados 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 se resuelven mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de la atención médica	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Está disconforme con la calidad de la atención que recibió (incluida la atención hospitalaria)?
Respeto de su privacidad	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, servicio al cliente deficiente u otros comportamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguien le trató mal o le faltó el respeto? • ¿No está conforme con nuestros Servicios para Miembros? • ¿Siente que le han insinuado que debe dejar el plan?
Tiempos de espera	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene problemas para obtener una cita o tiene que esperar mucho para obtenerla? • ¿Los médicos, farmacéuticos u otros profesionales de la salud le han hecho esperar mucho? ¿O lo ha hecho el personal de Servicios para Miembros o de otras áreas del plan? <ul style="list-style-type: none"> ○ A modo de ejemplo podemos mencionar los siguientes: esperar demasiado al teléfono, en la sala de espera o de exámenes médicos, o al adquirir una receta médica.
Limpieza	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No está conforme con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un médico?
Información que recibe de nosotros	<ul style="list-style-type: none"> • ¿No le dimos el aviso necesario? • ¿Es difícil entender nuestra información escrita?

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

Queja	Ejemplo
<p>Puntualidad (Estos tipos de quejas están todos relacionados con la puntualidad de nuestras acciones con respecto a las decisiones de cobertura y las apelaciones)</p>	<p>Si ha solicitado una decisión de cobertura o presentado una apelación y cree que no respondemos con la suficiente rapidez, puede presentar una queja al respecto. Estos son algunos ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar una queja si nos solicitó una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida y nuestra respuesta fue negativa. • También puede presentar una queja si considera que no estamos cumpliendo los plazos de las decisiones de cobertura o las apelaciones. • Considera que no estamos cumpliendo con las fechas límite para cubrir o reembolsarle determinados servicios o artículos médicos o medicamentos que fueron aprobados. En ese caso, puede presentar una queja. • También puede hacerlo si considera que no cumplimos los plazos para remitir su caso a la Organización de revisión independiente.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales

- Una **queja** también se denomina **reclamo**.
- **Presentar una queja** también se conoce como **presentar un reclamo**.
- **Utilizar el proceso para presentar quejas** también se denomina **utilizar el proceso para presentar un reclamo**.
- Una **queja rápida** también recibe el nombre de **reclamo acelerado**.

Sección 10.3 Paso a paso: Cómo presentar una queja

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, por teléfono o por escrito.

- Normalmente, el primer paso es llamar a **Servicios para Miembros**. Si tiene que hacer algo más, se lo comunicarán desde Servicios para Miembros.
- Si no desea llamar (o llamó y no quedó conforme), puede **manifestar su queja por escrito y enviárnosla**. Si presenta su queja por escrito, responderemos a su queja por el mismo medio.

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

- Si desea presentar un reclamo contra Gold Kidney Health Plan o un proveedor de la red, debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Sus inquietudes se enviarán al Departamento de Reclamos, que llevará a cabo una investigación exhaustiva y le proporcionará una respuesta escrita o verbal en un plazo de 30 días o tan rápidamente como su salud lo requiera. En el proceso de reclamos, le responderemos por escrito si nos envía un reclamo por escrito, o si solicita una respuesta por escrito, o si su reclamo está relacionado con la calidad de la atención. En el caso de los reclamos de la Parte C (sobre servicios o atención médica) o reclamos de la Parte D (sobre servicios o medicamentos con receta), encontrará los números de teléfono enumerados en la Sección 1 del Capítulo 2 de este cuadernillo.

Si presenta un reclamo porque le denegamos su solicitud de una “respuesta rápida” en cuanto a una decisión de cobertura o a una apelación, le otorgaremos automáticamente un reclamo “rápido”. Si usted tiene un reclamo “rápido”, significa que le daremos una respuesta dentro de las 24 horas. Puede comunicarse con Gold Kidney Health Plan para expresar su inquietud, o también puede presentar su reclamo por escrito. Puede encontrar la información de contacto en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros, incluido cómo comunicarse con nuestro Servicios para Miembros).

- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días naturales a partir del momento en que tuvo el problema por el que presentó la queja.

Paso 2: Estudiamos su queja y le damos una respuesta.

- **Si es posible, le contestaremos a la brevedad.** Si nos llama para presentar una queja, es posible que podamos contestarle en la misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se contestan en un plazo de 30 días naturales.** Si necesitamos más información y el retraso le conviene a usted o si nos pide más tiempo, podríamos tardar hasta 14 días naturales más (en total 44 días naturales) para responder a su queja. Si decidimos extender el plazo, se lo informaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque rechazamos su solicitud para una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si tiene una queja rápida, significa que le daremos **una respuesta dentro de las 24 horas.**
- **Si no estamos de acuerdo** con una parte o la totalidad de su queja o no asumimos la responsabilidad del problema por el que se queja incluiremos nuestras razones cuando le proporcionemos la respuesta.

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

Sección 10.4 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención ante la Organización para el Mejoramiento de la Calidad

Cuando su queja es por la *calidad de atención*, también tiene dos opciones adicionales:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para el Mejoramiento de la Calidad.** La Organización para el Mejoramiento de la Calidad es un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare. En el Capítulo 2 encontrará la información de contacto.

O bien,

- **Puede presentar su queja en simultáneo la Organización para el Mejoramiento de la Calidad y a nosotros.**

Sección 10.5 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) directamente a Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, visite 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:

Cómo finalizar su membresía al plan

SECCIÓN 1 Introducción a la finalización de su membresía a nuestro plan

La finalización de su membresía a Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) puede ser **voluntaria** (por su propia elección) o **involuntaria** (por elección de otros):

- Usted podría abandonar nuestro plan porque ha decidido que *quiere* hacerlo. En las Secciones 2 y 3 encontrará información sobre cómo finalizar su membresía de forma voluntaria.
- También hay situaciones limitadas en las que estamos obligados a finalizar su membresía. La Sección 5 le informa sobre las situaciones en las que estamos obligados a cancelar su membresía.

Si deja nuestro plan, este debe continuar brindando su atención médica y sus medicamentos con receta, y usted continuará pagando sus costos compartidos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede finalizar su membresía a nuestro plan?

Sección 2.1	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Anual
--------------------	---

Usted puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de Inscripción Anual** (también conocido como el **Período Anual de Inscripciones Abiertas**). Durante este período, revise su cobertura médica y de medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- El **Período de Inscripción Anual** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios a su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, podrá elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura de medicamentos con receta ,
 - Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado,
 - - *u* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.
 - Si elige esta opción, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que haya rechazado la inscripción automática.

Nota: Si cancela su suscripción a la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y permanece sin cobertura válida para medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D si posteriormente se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía al plan

- **Su membresía en nuestro plan finalizará** cuando la cobertura de su nuevo plan entre en vigor el 1.º de enero.

Sección 2.2	Usted puede finalizar su membresía durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage
--------------------	---

Usted tiene la opción de hacer *un* cambio en su cobertura de salud durante el **Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan Medicare Advantage (MA), desde el mes de derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de derecho.
- **Durante el Período de Inscripción Abierta de Medicare Advantage anual**, usted puede hacer lo siguiente:
 - Cambiarse a otro Plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos con receta .
 - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un plan de medicamentos con receta de Medicare en ese momento.
- **Su membresía finalizará** el primer día del mes después de que usted se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3	En ciertas situaciones, puede finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción
--------------------	--

En ciertas situaciones, es posible que los miembros de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) sean elegibles para finalizar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como un **Período Especial de Inscripción**.

Usted puede ser elegible para finalizar su membresía durante un Período Especial de Inscripción si su caso corresponde a cualquiera de las siguientes situaciones. Los siguientes son solo ejemplos. Para ver una 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 es elegible para que “Ayuda Adicional” le ayude a pagar sus recetas médicas de Medicare

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía al plan

- Si infringimos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención médica en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital de atención de largo plazo (LTC, en inglés)

Nota: Si participa en un programa de administración de medicamentos, es posible que no pueda cambiar de plan. En la Sección 10 del Capítulo 5 se proporciona más información sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según su situación.

Si desea saber si es elegible para el Período Especial de Inscripción, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para dar por finalizada su membresía debido a una situación especial, puede optar por cambiar tanto su cobertura de salud de Medicare como su cobertura para medicamentos con receta. Puede elegir lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos con receta,
- Original Medicare *con* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado,
- - *u* - Original Medicare *sin* un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.

Nota: Si cancela la cobertura de medicamentos con receta de Medicare y continúa sin una cobertura válida de medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es probable que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D si se inscribe más adelante en un plan de medicamentos con receta de Medicare.

Su membresía generalmente finalizará el primer día del mes después de que hayamos recibido su solicitud para cambiar de plan.

Si recibe “Ayuda Adicional” de Medicare para pagar por sus medicamentos con receta: si cambia a Medicare Original y no se inscribe en un plan de medicamentos con receta separado de Medicare, Medicare lo puede inscribir en un plan de medicamentos, a menos que haya desistido de una inscripción automática.

Sección 2.4	¿Dónde puede obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía?
--------------------	--

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llamar a Servicios para Miembros.**
- Encontrará la información en el manual *Medicare y Usted 2025*.
- 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 finalizar su membresía a nuestro plan?

La siguiente tabla explica cómo debe cancelar su membresía a nuestro plan.

Si desea cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
<ul style="list-style-type: none">Otro plan de salud de Medicare.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en un plan de salud de Medicare nuevo.Su inscripción en Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) terminará de manera automática cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>con</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">Inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare nuevo.Su inscripción en Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) terminará de manera automática cuando comience la cobertura del nuevo plan.
<ul style="list-style-type: none">Original Medicare <i>sin</i> un plan de medicamentos con receta de Medicare por separado.	<ul style="list-style-type: none">Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción. Comuníquese con Servicios para Miembros si necesita más información sobre cómo hacerlo.Usted 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 pedir que cancelen su suscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.Su membresía a Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que finalice su membresía, usted debe continuar 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 su servicios médicos, artículos y sus medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Siga utilizando proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Siga usando nuestras farmacias de la red o los pedidos por correo para surtir sus recetas.**
- **Si usted se interna en el hospital el día que finaliza su membresía, su hospitalización en general será cubierta por nuestro plan hasta que reciba el alta (aún si recibe el alta después de que entre en vigencia su nueva cobertura médica).**

SECCIÓN 5 Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) debe finalizar su membresía al plan en determinadas situaciones

Sección 5.1 ¿Cuándo debemos finalizar su membresía al plan?
--

Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) deberá finalizar su membresía al plan si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

- Si deja de tener la Parte A y la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera de nuestra área de servicio.
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de seis meses.
 - Si se muda o realiza un viaje largo, llame a Servicios para Miembros para averiguar si el lugar al que se muda o viaja está dentro del área de cobertura de nuestro plan.
- Si le encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no se encuentra legalmente en los Estados Unidos.
- Si miente u oculta información sobre otro seguro que tenga y que ofrezca cobertura de medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos da información incorrecta al inscribirse en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).

Capítulo 10 Cómo finalizar su membresía al plan

- Si se comporta repetidamente de un modo perturbador y que dificulta nuestra tarea de proveerle atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
- Si permite que otra persona utilice su tarjeta de membresía para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por este motivo sin primero obtener permiso de Medicare).
 - Si finalizamos su membresía por este motivo, Medicare podría hacer que su caso sea investigado por el Inspector General.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no hace, Medicare cancelará su inscripción en el plan y usted perderá la cobertura para medicamentos con receta.

¿Dónde puede obtener más información?

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre en qué ocasiones podemos finalizar su membresía llame a Servicios para Miembros.

Sección 5.2 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS) no tiene permitido pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si esto sucede?

Si cree que le están pidiendo que abandone nuestro plan por un motivo relacionado con su 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 Usted tiene derecho a presentar una queja si finalizamos su membresía a nuestro plan

Si finalizamos su membresía a nuestro plan, debemos informarle por escrito los motivos por los que finalizamos su membresía. También debemos explicarle cómo presentar una queja o reclamo sobre nuestra decisión de finalizar su membresía.

CAPÍTULO 11:

Avisos legales

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 de Seguro Social y los reglamentos creados en virtud de dicha ley por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, o CMS. Además, pueden aplicarse otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede tener un impacto en sus derechos y responsabilidades aunque las leyes no estén 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, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que proveen planes de Medicare Advantage, como el nuestro, deben cumplir las leyes federales contra la discriminación, incluidos el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, Sección 1557 de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio y demás leyes que rigen para organizaciones que obtienen fondos federales, y demás leyes y normas que rigen por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene dudas acerca de 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 revisar 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 alguna discapacidad y necesita ayuda para acceder al cuidado, llame a Servicios para Miembros. Si tiene alguna queja, como un problema de acceso en silla de ruedas, Servicios para Miembros puede serle de ayuda.

SECCIÓN 3 Aviso sobre derechos de subrogación de Pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar los servicios cubiertos de Medicare de los cuales Medicare no es el pagador primario. Según los reglamentos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) establecidos en el Título 42 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR, en inglés), secciones 422.108 y 423.462, Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), como una Organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que ejerce el Secretario conforme a los reglamentos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) en las subsecciones B a D de la parte 411 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) y las normas establecidas en esta sección sustituyen a cualquier ley estatal.

CAPÍTULO 12:

Definiciones de términos importantes

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Monto permitido: el monto en dólares que para el plan se considera como pago en su totalidad. Incluye cualquier cantidad pagada por el plan, así como cualquier costo compartido del miembro (como copagos y coseguros). El monto permitido suele ser una tarifa con descuento en lugar de los cargos reales facturados por el proveedor.

Centro quirúrgico para pacientes ambulatorios: un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios es una entidad que funciona exclusivamente con el objetivo de suministrar servicios de cirugía ambulatoria a pacientes que no precisan hospitalización y cuya estadía esperada en el centro no supera las 24 horas.

Período de Inscripción Anual: período comprendido entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar sus planes de salud o de medicamentos, o bien pasarse a Original Medicare.

Apelación: una apelación es una medida que usted toma si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar una solicitud de cobertura de servicios de cuidado de la salud o medicamentos con receta o pago por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de cancelar los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: cuando un proveedor (como un médico o un hospital) le factura a un paciente un monto mayor al monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS), usted solo tiene que pagar las cantidades de costos compartidos de nuestro plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores realicen **facturaciones del saldo** o le cobren más del monto de costo compartido que su plan establece que usted debe pagar.

Período de beneficios: la forma en que Original Medicare mide el uso que usted hace de los servicios hospitalarios y centros de enfermería especializada (SNF, en inglés). Un periodo de beneficios comienza el día en que usted ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando se cumplen 60 días consecutivos sin que usted haya recibido atención de hospitalización como paciente internado (o cuidado experto en un centro de enfermería especializada [SNF, en inglés]). Si ingresa a un hospital o a un centro de enfermería especializada después de haber terminado un período de beneficios, comienza un nuevo período de beneficios. No hay un límite para la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: un medicamento con receta que está hecho de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte “**Producto biológico biosimilar**” y “**Biosimilar**”).

Biosimilar: un producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares pueden sustituir el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (Consulte “**Biosimilar intercambiable**”).

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Medicamento de marca: medicamento con receta fabricado y comercializado por la compañía farmacéutica que originalmente investigó y creó el medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingredientes activos que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, otros fabricantes de medicamentos producen y comercializan los medicamentos genéricos y en general no se encuentran disponibles hasta que se vence la patente del medicamento de marca.

Etapas de Cobertura Catastrófica: la etapa en el beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otras partes cualificadas en su nombre) han gastado \$2,000 en medicamentos cubiertos por la Parte D durante el año cubierto. Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Centros de servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés): es la agencia federal a cargo de la administración de Medicare.

Plan de Necesidades Especiales para Pacientes con Enfermedades Crónicas (C-SNP, en inglés): los C-SNP son Planes de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) que restringen la inscripción a personas elegibles para Medicare Advantage (MA) que tienen una o más afecciones crónicas graves o incapacitantes, según se define en 42 CFR 422.2, incluida la restricción de la inscripción en función de los múltiples grupos de afecciones comúnmente comórbidas y clínicamente vinculadas especificadas en 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

Coseguro: un monto que es posible que se le exija que pague, expresado como un porcentaje (por ejemplo, un 20%), como su parte del costo de los servicios o los medicamentos con receta.

Queja: el nombre formal para realizar una queja es **presentar un reclamo**. El proceso de queja se utiliza *únicamente* para determinados tipos de problemas. Esto incluye problemas relacionados con la calidad del cuidado, los tiempos de espera y el Servicio al Cliente que recibe. También incluye las quejas si su plan no respeta los plazos del proceso de apelación.

Centro de Rehabilitación Integral para Pacientes Ambulatorios (CORF, en inglés): centro que principalmente proporciona servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, y proporciona una variedad de servicios, entre los que se incluyen fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional, servicios de patología del habla y el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno del hogar.

Copago: monto que posiblemente tenga que pagar como su parte del costo de un servicio médico o suministro, como una consulta con el médico, una consulta en un centro hospitalario de atención ambulatoria o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo, en lugar de un porcentaje (por ejemplo, \$10).

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Costos compartidos: se refiere a los montos que un miembro debe pagar cuando recibe servicios o medicamentos. Los costos compartidos incluyen cualquier combinación de los tres tipos de pagos a continuación: (1) cualquier monto de deducible que el plan pueda imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; (2) cualquier monto de copago fijo que un plan exija pagar al recibir un servicio o un medicamento específicos; o (3) cualquier monto de coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o un medicamento, que un plan exija pagar al recibir un servicio o un medicamento específicos.

Categoría de costos compartidos: cada medicamento incluido en la lista de medicamentos cubiertos se clasifica en una de las 5 categorías de costos compartidos. En general, cuanto más alta es la categoría de costos compartidos, mayor es su costo por el medicamento.

Determinación de cobertura: decisión sobre si un medicamento que le han recetado está cubierto por el plan y el monto, si fuera el caso, que debe pagar por la receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Tiene que llamar o escribir a su plan para solicitar una decisión formal sobre la cobertura. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: término que usamos para referirnos a todos los medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Servicios cubiertos: el término general que utilizamos para referirnos a todos los servicios de atención médica y suministro cubiertos por nuestro plan.

Cobertura válida para medicamentos con receta: cobertura de medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o sindicato) que se debe pagar, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Los beneficiarios de este tipo de cobertura, cuando se vuelven elegibles para Medicare, generalmente pueden conservar esa cobertura sin pagar una multa, si deciden inscribirse más adelante en la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidados de custodia: los cuidados de custodia son cuidados personales brindados en un hogar de ancianos, centro de hospicio u otra instalación, cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado de custodia proporcionado por personas sin experiencia o capacitación profesional incluye ayudar con las actividades cotidianas como bañarse, vestirse, comer, acostarse y levantarse de la cama o una silla, desplazarse y usar el baño. También puede incluir el tipo de cuidados relacionados con la salud que la mayoría de las personas hace por su cuenta como, por ejemplo, utilizar gotas para los ojos. Medicare no cubre el cuidado de custodia.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Tasa diaria de costos compartidos: es posible que se aplique una tasa diaria de costos compartidos cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. La tasa diaria de costos compartidos es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. He aquí un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de \$30, y un suministro para un mes en su plan tiene 30 días, su tasa diaria de costos compartidos es de \$1 por día.

Deducible: monto que debe pagar por atención médica antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: el proceso de cancelar su membresía al plan.

Tarifa de dispensación: una tarifa que se cobra cada vez que se dispense un medicamento cubierto para pagar el costo por surtir una receta médica, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y enviar la receta médica.

Plan de Necesidades Especiales para Personas con Doble Elegibilidad (D-SNP, en inglés): para los D-SNP se inscribe a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley de 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, en inglés): ciertos equipos médicos indicados por su médico para fines médicos. Algunos ejemplos incluyen andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión IV, dispositivos de generación de voz, equipos de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital que indica un proveedor para utilizar en el hogar.

Emergencia: una emergencia médica ocurre cuando usted, o cualquier otra persona prudente con conocimientos promedio de salud y medicina, considera que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar perder la vida (y si es una mujer embarazada, perder un feto), perder una extremidad o su función, o perder o sufrir 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 administrar servicios de emergencia; y (2) necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una condición médica de emergencia.

Evidencia de cobertura (EOC, en inglés) e Información de divulgación: este documento, junto con el formulario de inscripción y otros documentos adjuntos, cláusulas o cobertura opcional seleccionada, en los que se explican la cobertura, lo que debemos hacer, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Excepción: es un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite obtener un medicamento que no está en el formulario (una excepción al formulario), u obtener un medicamento no preferido al nivel de costos compartidos más bajo (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige que pruebe otro medicamento antes de recibir el que solicita, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

“Ayuda Adicional”: programa de Medicare cuyo fin es ayudar a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como primas, deducibles y coseguro.

Medicamento genérico: medicamento recetado que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) determina que tiene el o los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Generalmente, un medicamento genérico funciona igual que un medicamento de marca y a menudo cuesta menos.

Reclamo: un tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, que incluye un queja relacionada con la calidad de su atención. No incluye disputas sobre cobertura o pagos.

Auxiliar de cuidado de la salud en el hogar: una persona que proporciona servicios que no necesitan las aptitudes de un enfermero titulado o terapeuta, como la asistencia con el cuidado personal (como bañarse, ir al baño, vestirse o realizar los ejercicios recetados).

Hospicio: un beneficio que brinda tratamiento especial para un miembro cuya enfermedad terminal se certificó médicamente, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nosotros, es decir, su plan, debemos proporcionarle una lista de centros de hospicio en su área geográfica. Si elige un hospicio y sigue pagando las primas, continúa siendo miembro de nuestro plan. Sigue teniendo derecho a todos los servicios necesarios por razones médicas, así como a los beneficios suplementarios que ofrecemos.

Hospitalización como paciente internado: sucede cuando se ingresa formalmente a un paciente a un hospital para recibir servicios médicos especializados. Aun cuando permanezca en el hospital durante toda la noche, puede que se le considere un paciente ambulatorio.

Monto de Ajuste Mensual relacionado con los Ingresos (IRMAA, en inglés): si su ingreso bruto ajustado modificado según se informó en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS, en inglés) hace 2 años es superior a un monto determinado, pagará la prima estándar y un monto de ajuste mensual relacionada con los ingresos, también conocido como IRMAA. El monto de ajuste mensual relacionado con los Ingresos (IRMAA, en inglés) es un cargo extra que se añade a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare están afectadas, lo que significa que la mayoría no pagará una prima mayor.

Etapa de Cobertura Inicial: esta es la etapa antes de que sus gastos de bolsillo para el año alcancen el monto umbral de gastos de bolsillo.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Período de Inscripción Inicial: período en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare cuando es elegible para Medicare por primera vez. Si es elegible para Medicare cuando cumple 65 años, su Período de Inscripción Inicial es de 7 meses y comienza 3 meses antes del mes en el que cumple 65 años, incluye dicho mes y finaliza 3 meses después del mes en el que cumple 65 años.

Plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) Institucional: un plan en el que se inscriben a personas elegibles que residen de forma continua o que se espera que residan de forma continua durante 90 días o más en un centro de atención a largo plazo (LTC, en inglés). Estos centros pueden incluir un centro de enfermería especializada (SNF, en inglés), un centro de enfermería (NF, en inglés), (SNF/NF, en inglés), un Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID, en inglés), un centro psiquiátrico para pacientes internados o centros aprobados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés) que proporcionen servicios de cuidado de la salud a largo plazo similares que están cubiertos por Medicare Parte A, Medicare Parte B o Medicaid, y cuyos residentes tengan necesidades y estados de atención médica similares a los otros tipos de centros mencionados. Un Plan para Necesidades Especiales Institucional debe contar con un acuerdo contractual con los centros de atención a largo plazo (LTC, en inglés) específicos (o ser propietario de estos y operarlos).

Plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés) Equivalente a Institucional: un plan en el que se inscriben a personas elegibles que viven en la comunidad, pero que requieren un nivel de atención institucional de acuerdo con la evaluación estatal. La evaluación se debe realizar con la misma herramienta de evaluación de nivel de atención estatal correspondiente y administrar por medio de una entidad diferente de la organización que ofrece el plan. Este tipo de Plan para necesidades especiales puede restringir la inscripción a individuos que residen en un centro de asistencia para las actividades de la vida diaria (ALF, en inglés) contratado, si es necesario para garantizar una atención especializada uniforme.

Biosimilar intercambiable: un producto biosimilar que puede usarse como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con la posibilidad de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): es una lista de medicamentos con receta cubiertos por el plan.

Subsidio de Bajos Ingresos (LIS, en inglés): consulte “Ayuda Adicional”.

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

Cargo Máximo Permitido: lo máximo que un proveedor puede cobrar por un servicio.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Monto Máximo de Bolsillo: pago máximo que puede hacer de su bolsillo durante el año natural, para los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B dentro de la red. Los montos que paga por las primas de Medicare Parte A y Parte B y por sus medicamentos con receta no cuentan para su monto máximo de gastos de bolsillo.

Medicaid (o Medical Assistance): un programa mixto federal y del estado que brinda asistencia económica por gastos médicos a personas de bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero la mayoría de los costos de cuidado de la salud están cubiertos si usted califica tanto para Medicare como para Medicaid.

Indicación médica aceptada: uso de un medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos o respaldado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información DRUGDEX (Micromedex).

Medicamento necesario: servicios, suministros o medicamentos que se necesitan para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección médica y cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

Medicare: el programa de seguro médico federal para mayores de 65 años, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y pacientes que sufren insuficiencia renal en etapa terminal (generalmente aquellos con insuficiencia renal permanente que deben recibir servicios de diálisis o un trasplante de riñón).

Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage: período desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo en el que 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 elige cambiarse a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse a un Plan de Medicamentos con Receta de Medicare en ese momento. El Período de Inscripción Abierta en Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible por primera vez para Medicare.

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Medicare Parte C. Un plan ofrecido por una empresa privada bajo contrato con Medicare para proveerle todos los beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser un i) una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, en inglés), ii) un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés), iii) un Plan Privado de Cargo por Servicio (PFFS, en inglés) o iv) un Plan de Cuenta de Ahorros Médicos (MSA, en inglés) de Medicare. Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (SNP, en inglés). En la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D de Medicare (cobertura para medicamentos con receta). Estos planes se denominan **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Servicios cubiertos por Medicare: servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por las Partes A y B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales, como los de vista, dentales, o de audición que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de Salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una empresa privada que tiene contratos con Medicare para proporcionar beneficios de la Parte A y Parte B a personas que se inscriben en el plan. Este término incluye todos los planes Medicare Advantage, los Planes de Costos de Medicare, los planes de Necesidades Especiales, los Programas Piloto/de Demostración y los Programas de Cuidado Integral para Personas Mayores (PACE, en inglés).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que ayuda a los pacientes ambulatorios a pagar los medicamentos recetados, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no estén cubiertos por las Partes A o B de Medicare.

Póliza “Medigap” (Seguro suplementario de Medicare): el seguro suplementario de Medicare vendido por empresas de seguro privadas para cubrir las *gaps* (brechas) en Original Medicare. Las pólizas Medigap solo se aplican a Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Miembro (Miembro de nuestro Plan, o Miembro del Plan): un beneficiario de Medicare que es elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, en inglés).

Servicios para Miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder las preguntas que tenga sobre la membresía, los beneficios, los reclamos y las apelaciones.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene contrato con nuestro plan donde los miembros de nuestro plan pueden obtener sus beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, sus medicamentos con receta están cubiertos solo si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Proveedor de la Red: Proveedor es el término general que utilizamos para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de cuidado de la salud autorizados o certificados por Medicare y por el Estado para brindar servicios de cuidado de la salud. Los **proveedores de la red** tienen un acuerdo con nuestro plan para aceptar nuestro pago como el pago total y, en algunos casos, para coordinar y brindar servicios cubiertos a miembros de nuestro plan. A los proveedores de la red también se les llama **proveedores del plan**.

Determinación de la Organización: una decisión de nuestro plan sobre si los artículos o servicios están cubiertos o acerca de cuánto le corresponde pagar a usted por los artículos o servicios cubiertos. Las determinaciones de la organización se llaman decisiones de cobertura en este documento.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, en inglés) y sirve como comparación para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se lo llama producto de referencia.

Original Medicare (Traditional Medicare o Fee-for-Service Medicare): Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no es un plan de salud privado como los Planes Medicare Advantage y planes de medicamentos recetados. En virtud de Original Medicare, los servicios de Medicare son cubiertos mediante el pago de los montos establecidos por el Congreso a médicos, hospitales y otros proveedores de cuidado de la salud. Puede visitar a cualquier médico, hospital o proveedor de cuidado de la salud que acepte Medicare. Debe pagar el deducible. Medicare paga su parte de la cantidad aprobada por Medicare y usted paga la suya. Original Medicare tiene dos partes: Parte A (Seguro de hospital) y Parte B (Seguro médico) y está disponible en todo Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: es una farmacia que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros de nuestro plan. La mayoría de los medicamentos que usted obtiene de farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, salvo que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro no contratado por nuestro plan para coordinar o brindar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no son nuestros empleados, no son de nuestra propiedad y no son operados por nuestro plan.

Gastos de bolsillo: consulte la definición anterior de costo compartido. El requisito de costos compartidos del miembro por el cual debe pagar una parte de los servicios o medicamentos que recibe, también se denomina requisito de gastos de bolsillo del miembro.

Umbral de gastos de bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: programa voluntario de beneficios de medicamentos recetados de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer o no todos los medicamentos de la Parte D. El Congreso excluyó la cobertura de ciertas categorías de medicamentos como medicamentos cubiertos de la Parte D. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: es un monto que se agrega a su prima mensual de cobertura para medicamentos de Medicare si usted permanece sin cobertura válida (cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare) por un período continuo de 63 días o más.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Fuera de la red: el punto de servicio significa que puede usar proveedores fuera de la red del plan al mismo costo compartido que dentro de la red para los servicios cubiertos. (Consulte el Capítulo 3, Sección 2.4 para obtener información sobre cómo utilizar la opción de Punto de Servicio).

Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés): un Plan de Organización de Proveedores Preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado brindar tratamiento a los miembros del plan por el pago de un monto específico. Un Plan de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés) debe cubrir todos los beneficios del plan ya sea que se reciban de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red. Los costos compartidos correspondientes a los miembros en general serán más altos cuando se reciban los beneficios del plan a través de proveedores fuera de la red. Los Planes de Organización de Proveedores Preferidos (PPO, en inglés) tienen un límite anual de gastos de bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de gastos de bolsillo totales combinados por servicios recibidos tanto de proveedores dentro la red (preferidos) como de proveedores fuera de la red (no preferidos).

Prima: el pago habitual que se realiza a Medicare, una empresa de seguros o un plan de salud para cuidado de la salud o para medicamentos recetados.

Administrador de Beneficios de Medicamentos Recetados: generalmente un administrador externo que es responsable de procesar y pagar las reclamaciones de medicamentos recetados en nombre de un plan de salud.

Proveedor de atención primaria (PCP, en inglés): su proveedor de atención médica primaria es el médico u otro proveedor al que usted consulta primero para la mayoría de sus problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, debe consultar a su proveedor de atención primaria antes de visitar a cualquier otro proveedor de cuidado de la salud.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos. Los servicios cubiertos que necesitan autorización previa se indican en la Tabla de Beneficios en el Capítulo 4. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos ortopédicos y de prótesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales y dispositivos necesarios para reemplazar una parte interna o una función del cuerpo, incluidos suministros de ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Organización para el Mejoramiento de la Calidad (QIO, en inglés): un grupo de médicos y otros expertos en cuidado de la salud que ejercen y son pagados por el gobierno federal para verificar y mejorar la atención que se provee a los pacientes de Medicare.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Límites de cantidades: es una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de medicamentos seleccionados por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites pueden basarse en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta médica o durante un período determinado.

“Herramienta de Beneficios en Tiempo Real”: un portal o aplicación informática en el que los miembros pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente apropiada y específica de beneficios y medicamentos cubiertos para el miembro. Esto incluye montos de costos compartidos, medicamentos del formulario alternativos que se pueden usar para la misma afección médica que un medicamento determinado y restricciones de cobertura (autorización previa, terapia progresiva, límites de cantidades) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen fisioterapia, terapia del habla y del lenguaje y terapia ocupacional.

Área de servicio: área geográfica en la que debe residir para inscribirse a un plan de salud en especial. En el caso de planes que restringen la lista de médicos y hospitales a los que puede acudir, generalmente también es el área en la que puede obtener servicios de rutina (servicios que no se consideren de emergencia). El plan podrá cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio del plan de modo permanente.

Atención en centros de enfermería especializada (SNF, en inglés): servicios de enfermería especializada y rehabilitación provistos en un centro de enfermería especializada en forma diaria y continua. Algunos de los ejemplos de atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por una enfermera profesional o un médico.

Período Especial de Inscripción: un plazo durante el cual los miembros pueden cambiar sus planes de salud o medicamentos a Original Medicare. Las situaciones en las que puede ser elegible para un Período Especial de Inscripción incluyen: si se muda fuera del área de servicio, si recibe “Ayuda Adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos o si infringimos nuestro contrato con usted.

Plan para Necesidades Especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que brinda cuidado de la salud más especializado para grupos específicos de personas, como aquellos que tienen tanto Medicare como Medicaid, los residentes en un hogar de ancianos o los que sufren ciertas afecciones médicas de tipo crónico.

Terapia escalonada: una herramienta de uso que establece que usted primero debe probar otro medicamento para tratar su cuadro médico antes de que podamos cubrir un medicamento que su médico pudo haber recetado inicialmente.

Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, en inglés): beneficio mensual pagado por el Seguro Social para personas discapacitadas, ciegas o mayores de 65 años con ingresos y recursos limitados. Los beneficios del Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, en inglés) no son los mismos que los del Seguro Social.

Capítulo 12 Definiciones de términos importantes

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia es un servicio que se necesita con urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio del plan, o si no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de los proveedores de la red con quienes el plan tiene contrato. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones médicas imprevistas o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las visitas de rutina al proveedor médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio del plan o si la red del plan no está disponible temporalmente.

Servicios para Miembros de Gold Kidney of Arizona Gold Advantage (HMO-POS)

Método	Servicios para Miembros – Información de Contacto
LLAME AL	<p>Llame al número gratuito 1-844-294-6535; TTY: 711</p> <p>Las llamadas a este número son gratuitas. Horario de atención:</p> <ul style="list-style-type: none">• Del 1 de octubre al 31 de marzo: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles los siete días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para el Día de Acción de Gracias y Navidad (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil).• Del 1 de abril al 30 de septiembre: Los Representantes de Servicio al Cliente (CSR, en inglés) en vivo están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. en todas las zonas horarias para las regiones en las que operan; y el sistema interactivo de respuesta de voz o tecnologías similares está disponible para sábados, domingos y días festivos federales (los mensajes deben responderse dentro de un [1] día hábil). <p>Siempre puede dejar un correo de voz fuera del horario de atención, los sábados, domingos y días festivos y le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.</p> <p>Servicios para Miembros también tiene servicios gratuitos de intérprete de idiomas para las personas que no hablan inglés.</p>
FAX	(866) 547-1920
ESCRIBA A	Gold Kidney Health Plan PO BOX 285 Portsmouth NH 03802 GKMemberServices@goldkidney.com
SITIO WEB	www.goldkidney.com

Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona

El Programa Estatal de Asistencia al Seguro Médico (SHIP, en inglés) de Arizona es un programa estatal que obtiene dinero del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito y local sobre el seguro de salud a las personas beneficiarias de Medicare.

Método	Información de contacto
LLAME AL	1-602-542-4446 o 1-800-432-4040
TTY	711

Método	Información de contacto
ESCRIBA A	DES Division of Aging and Adult Services Arizona State Health Insurance Assistance Program 1789 W. Jefferson Street, #950A Phoenix, AZ 85007
SITIO WEB	https://des.az.gov/services/older-adults/medicare-assistance

Declaración de divulgación de la Ley de Reducción de Trámites (PRA, en inglés) Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, en inglés). El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Preguntas

Si tiene preguntas sobre nuestros planes o si quiere inscribirse, llame al:

1 (844) 294-6535 (TTY 711)

Horario de atención

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 los días festivos)

DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE SEPTIEMBRE

De 8 a. m. a 8 p. m., hora local, de lunes a viernes
(excepto los días festivos)

www.goldkidney.com

Gold Kidney Health Plan P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802



Gold Kidney Health plan, Inc. es un plan HMO-POS y HMO-POS C-SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Gold Kidney Health Plan depende de la renovación del contrato.

Gold Kidney Health Plan cumple con las leyes correspondientes de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género).

Los proveedores fuera de la red o no contratados no están obligados a atender 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.