KelseyCare Advantage

2026

SIGNATURE (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA

1-866-535-8343 (TTY: 711)

KelseyCareAdvantage.com

H0332_009EOC26_C

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2026

Evidencia de cobertura de 2026:

Los beneficios y servicios de salud y la cobertura para medicamentos de Medicare como miembro de KelseyCare Advantage Signature (HMO)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud y medicamentos con receta de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2026. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- La prima y el costo compartido de nuestro plan.
- Nuestros beneficios médicos y de medicamentos.
- Cómo presentar una queja si no se encuentra satisfecho con un servicio o tratamiento.
- Cómo puede ponerse en contacto con nosotros.
- Otras protecciones exigidas por la ley de Medicare.

Si tiene preguntas sobre este documento, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Esta llamada es gratuita.

Este plan, KelseyCare Advantage Signature, es ofrecido por KelseyCare Advantage. (Cuando esta *Evidencia de cobertura* dice “nosotros” o “nuestro”, hace referencia a KelseyCare Advantage. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a *KelseyCare Advantage Signature*).

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

Nuestro plan debe proporcionar el aviso en inglés y, por lo menos, en los 15 idiomas más comunes entre las personas con dominio limitado del inglés que vivan en los estados pertenecientes al área de servicio de nuestro plan, y debe proporcionar el aviso en formatos alternativos para las personas con discapacidades que necesiten asistencia y servicios auxiliares para garantizar una comunicación eficaz.

Es posible que los beneficios, las primas o los copagos/coseguros cambien el 1 de enero de 2027.

Nuestro formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá aviso de cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: August 31, 2026)

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 5

SECCIÓN 1 Usted es miembro de KelseyCare Advantage Signature 5
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 6
SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros 7
SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes 9
SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan 14
SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan 17
SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan 17

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos 20

SECCIÓN 1 Contactos de KelseyCare Advantage Signature 20
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 25
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) 26
SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO) 27
SECCIÓN 5 Seguro Social 28
SECCIÓN 6 Medicaid 29
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 30
SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB) 33
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador 34

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 35

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 35
SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 37
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre 41
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos? 44
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica 45
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica 47
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 48

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 50

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos 50
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos 52
SECCIÓN 3 Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones) 115

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 119

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 119
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o a través del servicio de pedido por correo de nuestro plan 119
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan 124
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura 127
SECCIÓN 5 Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría 128
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos se puede modificar durante el año 131
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 134
SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta 136
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 136
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos 138

Capítulo 6: Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos de la Parte D 141

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos de la Parte D 141
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de KelseyCare Advantage Signature 144
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 144
SECCIÓN 4 No hay deducible para KelseyCare Advantage Signature 146
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 146
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 152
SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por sus vacunas de la Parte D 152

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de medicamentos o servicios médicos cubiertos 155

SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los medicamentos o servicios cubiertos 155
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió 159
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 159

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 161

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales..... 161
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 168

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 170

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud 170
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada 170
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 171
SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones 172
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 175
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 184
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto 195
SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 200
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 205
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 208

CAPÍTULO 10: Cancelación de la membresía en nuestro plan 212

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 212
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 212
SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan 215

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan 216
SECCIÓN 5 KelseyCare Advantage Signature debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones 216

CAPÍTULO 11: Avisos legales 219

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 219
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 219
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 220

CAPÍTULO 12: Definiciones 221

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de KelseyCare Advantage Signature

Sección 1.1 Usted está inscrito en KelseyCare Advantage Signature, que es un plan HMO de Medicare

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de salud y medicamentos y atención médica de Medicare a través de nuestro plan, KelseyCare Advantage Signature. Nuestro plan cubre todos los servicios de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, los costos compartidos y el acceso a los proveedores de este plan son diferentes de los de Original Medicare.

KelseyCare Advantage Signature es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Health Maintenance Organization, Organización para el mantenimiento de la salud) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de cobertura*

Esta *Evidencia de cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo KelseyCare Advantage Signature cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario) y cualquier aviso que reciba de nuestra parte sobre modificaciones en su cobertura o condiciones que puedan afectar su cobertura. En ocasiones, estos avisos se denominan *cláusulas adicionales* o *enmiendas*.

El contrato estará vigente durante los meses en los que esté inscrito en KelseyCare Advantage Signature desde el 1 de enero de 2026 hasta el 31 de diciembre de 2026.

Medicare nos permite realizar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de KelseyCare Advantage Signature después del 31 de diciembre de 2026. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2026.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar KelseyCare Advantage Signature cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como

miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo el plan y si Medicare renueva la aprobación del plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan, siempre y cuando cumpla con estos requisitos:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Viva en nuestra área geográfica de servicio (como se describe en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área geográfica de servicio, aunque se encuentren físicamente en ella.
- Sea ciudadano de los Estados Unidos o esté legalmente presente en el país.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para KelseyCare Advantage Signature

KelseyCare Advantage Signature se encuentra disponible solo para personas que residen en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en nuestra área de servicio. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye estos condados en Texas: Brazoria, Fort Bend, Harris y Montgomery. Nuestra área de servicio incluye estas zonas de los condados en Texas: Galveston, solamente los siguientes códigos postales: 77510, 77511, 77517, 77518, 77539, 77546, 77549, 77563, 77565, 77568, 77573, 77574, 77590, 77591, 77592.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan. Comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si contamos con un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiarse a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud o de medicamentos de Medicare en su nueva ubicación.

Si se muda o cambia su dirección postal, también es importante que se comunique con el Seguro Social. El número del Seguro Social es 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadanía estadounidense o presencia legal

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano estadounidense o estar legalmente presente en los Estados Unidos. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a KelseyCare Advantage Signature si usted no puede seguir siendo miembro de nuestro plan por este motivo. KelseyCare Advantage Signature debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 Tarjeta de miembro del plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba un servicio cubierto por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Modelo de la tarjeta de miembro del plan:



NO use la tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para obtener los servicios médicos cubiertos mientras sea miembro de este plan. Si usa la tarjeta de Medicare en vez de la tarjeta de membresía de KelseyCare Advantage Signature, es posible que tenga que pagar el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio, o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de miembro del plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 3.2 Directorio de proveedores

El *Directorio de proveedores* (www.kelseycareadvantage.com) enumera los proveedores actuales de la red y los proveedores de equipo médico duradero. Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, proveedores de equipo médico duradero, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y cualquier costo compartido del plan como pago total.

Debe utilizar proveedores de la red para obtener su atención y servicios médicos. Si se dirige a cualquier otro sitio sin la debida autorización, deberá pagar el costo total. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no se encuentre disponible (es decir, en situaciones en las que no sea razonable o posible obtener servicios dentro de la red), los servicios de diálisis fuera del área y los casos en los que KelseyCare Advantage Signature autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Para ver la lista más actualizada de proveedores y distribuidores, visite nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.

Si no tiene su copia del *Directorio de proveedores*, puede solicitar una (electrónica o impresa) a través de Servicios para los miembros llamando al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Las solicitudes de copias en papel de los *Directorios de proveedores* se le enviarán por correo en un plazo de 3 días laborables.

Sección 3.3 Directorio de farmacias

En el *Directorio de farmacias,* en www.kelseycareadvantage.com, figuran las farmacias de nuestra red. Las **farmacias de la red** son las que aceptan surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de farmacias* para encontrar la farmacia de la red en la que desee comprar los medicamentos. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede recurrir a farmacias que no pertenecen a la red del plan.

El *Directorio de farmacias* también le indica qué farmacias de nuestra red tienen un costo compartido preferido, que puede ser inferior al costo compartido estándar ofrecido por otras farmacias de la red para algunos medicamentos.

Si no tiene su copia del *Directorio de farmacias*, puede solicitar una a través de Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. Entre las farmacias de la red preferidas se encuentran Kelsey-Seybold Pharmacies, H-E-B Pharmacies y CVS Pharmacies.

Sección 3.4 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también denominada Formulario o Lista de medicamentos). Esta lista indica qué medicamentos con receta están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en KelseyCare Advantage Signature. Nuestro plan, con la colaboración de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos debe cumplir los requisitos de Medicare. Los medicamentos con precios negociados conforme al Programa de negociación de precios de medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que se hayan eliminado y sustituido según lo descrito en la Sección 6 del Capítulo 5. Medicare ha aprobado la Lista de medicamentos de KelseyCare Advantage Signature.

La Lista de medicamentos también le indica si existen restricciones para la cobertura de un medicamento.

Le proporcionaremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y vigente sobre los medicamentos cubiertos, visite www.kelseycareadvantage.com o llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Resumen de costos importantes

	Sus costos en 2026
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Consulte la Sección 4.1 para obtener detalles.	**$0**
Monto máximo que paga de su bolsillo Este es el monto máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B. (Consulte la Sección 1 del Capítulo 4 para conocer los detalles).	**$3,900**
Consultas en el consultorio del proveedor de atención primaria	**Copago de $0 por consulta**

	Sus costos en 2026
Consultas en el consultorio del especialista	**Copago de $20 por consulta**
Hospitalizaciones	**Copago de $150 por día para los días 1-4; copago de $0 por día para los días 5-90 (si está disponible)**
Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte la Sección 4 del Capítulo 6 para conocer los detalles).	**$0**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Consulte el Capítulo 6 para obtener detalles sobre la Etapa del deducible anual, la Etapa de cobertura inicial y la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).	**Copago/Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:** **Medicamentos de Nivel 1:** Copago de $0 **Medicamentos de Nivel 2:** Copago de $4 **Medicamentos de Nivel 3:** Coseguro del 20% Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Medicamentos de Nivel 4:** Coseguro del 30% Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel. **Medicamentos de Nivel 5:** Coseguro del 30% Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.

	Sus costos en 2026
	Medicamentos de Nivel 6: Copago de $0 **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **En esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.** **Es posible que tenga costo compartido para medicamentos cubiertos por nuestro beneficio mejorado.**

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)
- Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Sección 4.4)
- Monto del Plan de pago de recetas de Medicare (Sección 4.5)

Sección 4.1 Prima del plan

No es necesario que pague por separado la prima mensual de KelseyCare Advantage Signature.

Sección 4.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

Muchos miembros deben pagar otras primas de Medicare

Usted debe continuar pagando las primas de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan. Esto incluye su prima de la Parte B. Es posible que también deba pagar una prima de la Parte A si no es elegible para obtener la Parte A sin pagar la prima.

Sección 4.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse por la cobertura de la Parte D si en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay

un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos. Cobertura acreditable para medicamentos es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos. Tendrá que pagar esta multa mientras tenga la cobertura de la Parte D.

Cuando se inscribe por primera vez en KelseyCare Advantage Signature, le informamos el monto de la multa. Si no paga su multa por inscripción tardía de la Parte D, podría perder sus beneficios de medicamentos con receta.

Usted **no** paga la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de sus medicamentos.
- Estuvo sin una cobertura acreditable por menos de 63 días consecutivos.
- Obtuvo una cobertura acreditable para medicamentos por medio de otra fuente (tal como un antiguo empleador, sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos [Veterans Health Administration, VA]). Su asegurador o el departamento de recursos humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede recibir esta información por carta o en un boletín informativo del plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, a un plan de medicamentos de Medicare.

    - **Nota:** Todo aviso o carta deberá indicar que contaba con una cobertura acreditable para medicamentos con receta que se preveía que pagaría el mismo monto que la cobertura estándar para medicamentos de Medicare.
    - **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, las clínicas gratis y los sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura acreditable para medicamentos con receta.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Funciona de la siguiente manera:

- Si estuvo 63 días o más sin cobertura de la Parte D u otra cobertura acreditable para medicamentos con receta después de haber sido elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan tendrá en cuenta el número de meses completos en los que no tuvo cobertura. La multa es del 1% por cada mes en el que no tuvo cobertura acreditable. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin cobertura, el porcentaje de la multa será del 14%.

- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio para los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima base nacional del beneficiario). Para 2026, el monto promedio de la prima es de $38.99.
- Para calcular su multa mensual, debe multiplicar el porcentaje de la multa por la prima base nacional del beneficiario, y luego redondear el resultado a los 10 centavos más cercanos. En este ejemplo, sería 14% multiplicado por $38.99, que es igual a $5.4586. Y se redondea en $5.50. Esta suma se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Hay tres aspectos importantes para conocer con respecto a esta multa mensual por inscripción tardía de la Parte D:

- **La multa puede cambiar cada año**, ya que la prima base nacional del beneficiario puede cambiar cada año.
- **Usted seguirá pagando una multa** cada mes durante el tiempo que esté inscrito en un plan que incluya los beneficios de medicamentos de la Parte D de Medicare, incluso si cambia de plan.
- Si tiene *menos* de 65 años y está inscrito en Medicare, la multa por inscripción tardía de la Parte D se reiniciará cuando cumpla 65. Después de los 65 años, la multa por inscripción tardía de la Parte D se basará solo en los meses en los que no tenga cobertura después del período de inscripción inicial en Medicare para las personas que cumplen 65 años.

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una revisión. Por lo general, debe solicitar la revisión **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba en la que se le informe que debe pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si estaba pagando una multa antes de inscribirse en nuestro plan, quizás no tenga otra oportunidad de solicitar una revisión de esa multa por inscripción tardía.

Importante: No deje de pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D mientras espera que revisemos la decisión sobre su multa por inscripción tardía. Si lo hace, se podría cancelar su inscripción por falta de pago de las primas de nuestro plan.

Sección 4.4 Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como el monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso de la Parte D (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA). El cargo adicional se calcula utilizando su ingreso bruto ajustado modificado, tal y como figura en su declaración de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) de hace 2 años. Si este monto supera una

determinada cantidad, pagará el monto estándar de la prima y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que es posible que deba pagar según sus ingresos, visite www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

Si debe pagar un IRMAA adicional, el Seguro Social, no su plan de Medicare, le enviará una carta en la que se le indicará cuál será ese monto adicional. El monto adicional será retenido de su cheque de beneficios del Seguro Social, de la Junta de jubilación para ferroviarios o de la Oficina de Administración de personal, independientemente de cómo pague su prima del plan, a menos que su beneficio mensual no sea suficiente para cubrir el monto adicional adeudado. Si el monto de su cheque de beneficios no cubre el monto adicional, recibirá una factura de Medicare. **Le debe pagar el IRMAA adicional al gobierno. No se puede pagar con su prima mensual del plan. Si usted no paga el IRMAA adicional, su inscripción en el plan se cancelará y perderá la cobertura para medicamentos con receta.**

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revea la decisión. Para conocer cómo hacerlo, llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

Sección 4.5 Monto del Plan de pago de recetas de Medicare

Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare, cada mes pagará la prima de nuestro plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan médico o plan de medicamentos para sus medicamentos con receta (en lugar de pagárselos a la farmacia). Su factura mensual se calcula a partir de lo que deba pagar por las recetas médicas que reciba, más el saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le quedan al año.

En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre el Plan de pago de recetas de Medicare. Si no está de acuerdo con el importe facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos del Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 5 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 5.1 Cómo pagar nuestra prima del plan

Existen 3 formas de pagar la multa.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede decidir pagar su multa por inscripción tardía directamente a nuestro plan con cheque. Si elige pagar su multa con cheque, recibirá un estado de cuenta mensual. **Le recomendamos encarecidamente que envíe su pago por correo a nuestro buzón seguro para agilizar y optimizar el procesamiento**:

KelseyCare Advantage
PO Box 842047
Dallas, TX 75284-2047

Los pagos también pueden hacerse en persona en 11511 Shadow Creek Parkway, Pearland, TX 77584; sin embargo, **el envío por correo de su pago es el método preferido** para garantizar la contabilización a tiempo en su cuenta. Tanto si se paga por correo como en persona, los cheques o giros postales deben extenderse a nombre de: **KelseyCare Advantage, KCA, KS Plan Administrators, o KelseyCare**.

Hay un cargo de $25 cada vez que se rechaza un cheque por fondos insuficientes. Su pago debe ser recibido antes del final del mes facturado.

Opción 2: Pagar por transferencia electrónica de fondos (EFT)

En lugar de pagar con cheque, puede elegir que su multa por inscripción tardía de la Parte D se debite automáticamente de su cuenta bancaria. Su multa por inscripción tardía de la Parte D se debitará automáticamente de su cuenta bancaria en o alrededor del décimo día del mes y se enviará al plan. Para configurar que su pago se debite automáticamente de su cuenta, deberá completar un Formulario de autorización de transferencia electrónica de fondos (Electronic Fund Transfer, EFT). Llame a Servicios para los miembros de KelseyCare Advantage Signature para obtener una copia del formulario.

Opción 3: Solicitar que le descuenten las multas por inscripción tardía de la Parte D de su cheque mensual del Seguro Social

Puede cambiar la forma en que paga su multa por inscripción tardía de la Parte D. Si decide cambiar cómo pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted es responsable de asegurarse de que la multa por inscripción tardía de la Parte D se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, comuníquese con Servicios para los miembros para obtener más información sobre cómo cambiar la forma en que paga su prima del plan.

Si tiene problemas para pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D

Nuestra oficina debe recibir el pago de la multa por inscripción tardía de la Parte D antes del final del mes facturado. Si adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.

Si tiene problemas para pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro del plazo establecido, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273)

o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si podemos recomendarle programas que lo ayuden con sus costos.

Si cancelamos su membresía porque no pagó la multa por inscripción tardía de la Parte D, si la adeuda, tendrá cobertura médica de Medicare Original. Es posible que no pueda obtener cobertura de medicamentos de la Parte D hasta el año siguiente si se inscribe en un nuevo plan durante el Período de inscripción abierta. (Si supera los 63 días sin cobertura acreditable para medicamentos, tal vez tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D mientras tenga la cobertura de la Parte D).

Si cree que hemos cancelado su membresía injustamente, puede presentar una queja (también denominada reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le ha impedido pagar su multa por inscripción tardía de la Parte D adeudada dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En caso de recibir alguna queja, revisaremos de nuevo nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para conocer el modo de presentar una queja, o bien puede llamarnos al 713-442-CARE (2273) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. (El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales). Los usuarios de TTY deben llamar al 711. Debe presentar su queja a más tardar 60 días calendario después de la fecha de cancelación de su membresía.

Sección 5.2 Nuestra prima mensual del plan no cambiará durante el año

No se nos permite modificar el monto que cobramos por la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan llegara a cambiar el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Sin embargo, en algunos casos, puede dejar de pagar una multa por inscripción tardía, si adeuda alguna, o es posible que deba comenzar a pagar una multa por inscripción tardía. Esto puede ocurrir si resulta ser elegible para la Ayuda adicional o si pierde su elegibilidad para la Ayuda adicional durante el año.

- Si actualmente paga la multa por inscripción tardía de la Parte D y resulta ser elegible para la Ayuda adicional durante el año, podría dejar de pagar la multa.
- Si pierde la Ayuda adicional, es posible que esté sujeto a la multa por inscripción tardía de la Parte D si pasa 63 días consecutivos o más sin otra cobertura acreditable para medicamentos con receta o de la Parte D.

En la Sección 7 del Capítulo 2, encontrará más información sobre la Ayuda adicional.

SECCIÓN 6 Cómo mantener al día su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono.

Los doctores, hospitales, farmacéuticos y otros proveedores de la red de nuestro plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios y medicamentos que están cubiertos y los montos de su costo compartido**. Es por ello que es muy importante que nos ayude a mantener actualizada su información.

Infórmenos si se produce alguna de las siguientes modificaciones:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono.
- Cambios en cualquier otra cobertura de salud que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja, compensación laboral o Medicaid).
- Cualquier demanda de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico.
- Si fue ingresado en un centro de cuidados.
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentran fuera del área de cobertura o que no pertenecen a la red.
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador).
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No tiene la obligación de informar a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que pretende participar, pero lo animamos a que lo haga).

Si se produce algún cambio en esta información, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

También es importante que se comunique con el Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. El número del Seguro Social es 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 7 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de salud o medicamentos que usted tenga para que podamos coordinar esa cobertura con los beneficios de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año, le enviaremos una carta con el detalle de las demás coberturas médicas o para medicamentos de las que tengamos conocimiento. Lea atentamente esta información. Si es correcta, no será necesario que haga nada. Si la información es incorrecta o si tiene alguna otra cobertura que no esté incluida en la lista, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que sus otros aseguradores le soliciten el número de identificación de miembro del plan (una vez que confirme su identidad) para que sus facturas se paguen correctamente y a tiempo.

Cuando tiene otro seguro (como una cobertura de salud grupal del empleador), las normas de Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que paga primero ("el pagador principal") paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término ("el pagador secundario") solo paga si quedaron costos sin cubrir por la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su doctor, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud de un sindicato o empleador:

- Si tiene una cobertura de jubilados, Medicare paga primero.
- Si la cobertura de su plan de salud grupal se basa en su empleo actual o el de un miembro de su familia, el pagador primario dependerá de su edad, la cantidad de trabajadores del empleador y si usted tiene Medicare debido a su edad, una discapacidad o enfermedad renal terminal (End-Stage Renal Disease, ESRD):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted o el miembro de su familia en cuestión todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 100 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.
    - Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja todavía trabajan, su plan de salud grupal paga en primer lugar si el empleador tiene 20 empleados o más o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 20 empleados.
- Si usted tiene Medicare debido a una ESRD, su plan de salud grupal pagará primero durante los primeros 30 meses luego de haber sido elegible para Medicare.

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

- Seguro sin culpa (incluido el seguro automovilístico)
- Responsabilidad (incluido el seguro automovilístico)

- Beneficios por neumoconiosis
- Compensación laboral

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

CAPÍTULO 2:
Números de teléfono y recursos

SECCIÓN 1 Contactos de KelseyCare Advantage Signature

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los miembros de KelseyCare Advantage Signature al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los miembros: información de contacto	
Llame al	713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los Servicios para los miembros, 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
Fax	713-442-5450

Escriba a	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832 memberservices@kelseycareadvantage.com
Sitio web	www.kelseycareadvantage.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación sobre su atención médica

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus servicios médicos o medicamentos de la Parte D. Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura o una apelación en relación con su atención médica o medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre su atención médica: información de contacto	
Llame al	713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
Fax	713-442-5450

Escriba a	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832 memberservices@kelseycareadvantage.com
Sitio web	www.kelseycareadvantage.com

Decisiones de cobertura y apelaciones sobre los medicamentos de la Parte D: información de contacto

Llame al	1-800-707-8194 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.	
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.	
Fax	1-844-403-1028 (decisiones de cobertura) 1-877-239-4565 (apelaciones)	
Escriba a	Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201	PA Appeals c/o Appeals Coordinator P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
Sitio web	www.kelseycareadvantage.com	

Cómo presentar una queja sobre su atención médica

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores de la red o farmacias, incluso respecto de la calidad de su atención. Este tipo de queja no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja en relación con su atención médica, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre la atención médica o los medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
Llame al	713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
Fax	713-442-9536
Escriba a	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Signature directamente ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint.

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica o un medicamento que recibió

Si ha recibido una factura o ha pagado por servicios (tal como la factura de un proveedor) que usted considera que nosotros deberíamos pagar, es posible que tenga que solicitarnos el reembolso o el pago de la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

Si nos envía una solicitud de pago y le denegamos alguna parte de su solicitud, puede apelar nuestra decisión. Consulte el Capítulo 9 para obtener más información.

Solicitudes de pagos médicos: información de contacto	
Llame al	713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
Fax	713-442-5450
Escriba a	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
Sitio web	www.kelseycareadvantage.com

Solicitudes de pago de medicamentos con receta de la Parte D: información de contacto	
Llame al	1-800-707-8194 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Optum Rx Claims Department P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287
Sitio web	www.kelseycareadvantage.com

SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare

Medicare es el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

La agencia federal a cargo de Medicare son los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). Esta agencia tiene contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare: información de contacto	
Llame al	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chat en vivo	Hable por chat en vivo en www.Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba por correo a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	www.Medicare.gov • Obtenga información sobre los planes de salud y medicamentos de Medicare en su área, incluido lo que cuestan y los servicios que ofrecen. • Busque doctores u otros proveedores de atención médica que participen en Medicare. • Averigüe qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como pruebas de detección, inyecciones o vacunas y consultas anuales de “Bienestar”). • Obtenga información y formularios sobre las apelaciones de Medicare.

- Obtenga información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, centros de cuidados, hospitales, doctores, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes internados y hospitales de atención a largo plazo.
- Busque sitios web y números de teléfono útiles.

También puede visitar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga de KelseyCare Advantage Signature.

Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare toma sus quejas de manera seria y utilizará esta información para mejorar la calidad del programa de Medicare.

SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

El Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno con asesores capacitados en todos los estados que ofrece ayuda gratuita, información y respuestas a sus preguntas sobre Medicare. En Texas, el SHIP se llama Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) (SHIP de Texas).

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) es un programa estatal independiente (no se relaciona con ninguna compañía aseguradora ni plan de salud) que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) pueden ayudarlo a que entienda sus derechos en relación con Medicare, a presentar quejas sobre la atención o el tratamiento médicos y a solucionar problemas con las facturas de Medicare. Los asesores del Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare, a comprender las opciones de los planes de Medicare y responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas): información de contacto	
Llame al	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, TX 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

SECCIÓN 4 Organización para la mejora de la calidad (QIO)

En cada estado hay una Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada que trabaja para los beneficiarios de Medicare. Para Texas, la Organización para la mejora de la calidad se denomina Acentra Health.

Acentra Health está integrada por un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Acentra Health es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Si se presenta alguna de las siguientes situaciones, comuníquese con Acentra Health:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de problemas relacionados con la calidad de la atención son recibir medicamentos incorrectos, pruebas o procedimientos innecesarios o un diagnóstico erróneo.
- Si cree que la cobertura para su hospitalización finaliza demasiado pronto.
- Si cree que la cobertura de servicios de atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra Health: información de contacto	
Llame al	1-888-315-0636 De lunes a viernes: de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Fines de semana y días festivos: de 10:00 a. m. a 4:00 p. m.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas.
Escriba a	Acentra Health 5201 W. Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare. El Seguro Social también es responsable de determinar quién debe pagar un monto adicional por la cobertura de medicamentos de la Parte D debido a que tiene un ingreso mayor. Si recibió una carta de parte del Seguro Social en la que se indica que debe pagar el monto adicional y tiene preguntas sobre el monto, o si sus ingresos disminuyeron a causa de un evento que le cambió la vida, puede llamar al Seguro Social para solicitar una reconsideración.

Si se muda o cambia su dirección postal, comuníquese con el Seguro Social para informar dichos cambios.

Seguro Social: información de contacto	
Llame al	1-800-772-1213 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m. Utilice los servicios telefónicos automáticos del Seguro Social para obtener información grabada y realizar algunas gestiones las 24 horas.

TTY	1-800-325-0778 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.
Sitio web	www.SSA.gov

SECCIÓN 6 Medicaid

Medicaid es un programa conjunto del Estado y del gobierno federal que brinda ayuda con los costos médicos a determinadas personas con ingresos y recursos limitados. Algunos beneficiarios de Medicare también son elegibles para ser beneficiarios de Medicaid. Medicaid ofrece programas para ayudar a las personas con Medicare a pagar sus costos de Medicare, tales como las primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [QMB+]).
- **Beneficiario de Medicare con ingresos bajos específicos (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B. (Algunos beneficiarios de SLMB también son elegibles para ser beneficiarios totales de Medicaid [SLMB+]).
- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individual, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre los Programas de ahorros de Medicare y Medicaid, comuníquese con la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas.

Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (programa de Medicaid de Texas): información de contacto	
Llame al	1-800-252-8263 de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Escriba a	Texas Health and Human Services Brown-Heatly Building 4900 N. Lamar Blvd Austin, TX 78751-2316
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta

El sitio web de Medicare (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) contiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los programas que se indican a continuación pueden ayudar a las personas con ingresos limitados.

Ayuda adicional de Medicare

Medicare y el Seguro Social tienen un programa llamado Ayuda adicional que puede ayudar a pagar los costos de los medicamentos a las personas con ingresos y recursos limitados. Si reúne los requisitos, obtendrá ayuda para pagar la prima mensual del plan de medicamentos de Medicare, el deducible anual y los copagos de los medicamentos. La Ayuda adicional también cuenta para los costos que paga de su bolsillo.

Si usted reúne los requisitos para la Ayuda adicional en forma automática, Medicare le enviará una carta morada por correo para informárselo. Si no reúne los requisitos en forma automática, puede realizar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

- Visite https://secure.ssa.gov/i1020/start para realizar la solicitud en línea.
- Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud de un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales proporcionan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su Estado para iniciar la solicitud del MSP, a menos que usted indique lo contrario en su solicitud de Ayuda adicional.

Si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por su medicamento con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia del monto correcto, podemos ayudarle a compartirla con nosotros.

- El plan aceptará la Mejor evidencia disponible de “Ayuda adicional” en la farmacia o a través del departamento de Servicios para los miembros. Deberá presentar la documentación que muestre ya sea la elegibilidad de Medicaid, como una tarjeta de Medicaid u otra documentación estatal que muestre la elegibilidad de Medicaid, o una carta o documentación del Seguro Social que muestre que califica para la “Ayuda adicional”. Si tiene la documentación necesaria, los copagos de sus medicamentos se ajustarán en el punto de venta. Servicios para los miembros necesitará copias de su documentación para realizar ajustes permanentes en los niveles de copago.

- Cuando recibamos las pruebas que demuestren su nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda abonar el monto adecuado cuando obtenga su próximo medicamento con receta. Si paga de más, le devolveremos el importe abonado, ya sea mediante cheque o un futuro crédito de copago. Si la farmacia no le cobró el copago y usted lo adeuda, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el Estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al Estado. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

¿Qué ocurre si recibe Ayuda adicional y tiene cobertura del Programa estatal de asistencia farmacéutica (SPAP)?

Muchos Estados ofrecen asistencia para pagar las recetas, las primas de los planes de medicamentos u otros costos de medicamentos. Si está inscrito en un Programa estatal de asistencia farmacéutica (State Pharmaceutical Assistance Program, SPAP), la Ayuda adicional de Medicare paga primero.

¿Qué ocurre si recibe Ayuda adicional y tiene cobertura del Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP)?

El Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a las personas elegibles para el ADAP que tienen VIH/SIDA brindándoles acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se encuentran incluidos en el formulario del ADAP califican para la ayuda de costo compartido para medicamentos con receta a través del Programa de Medicamentos para el VIH de Texas (Texas HIV Medication Program, THMP).

Nota: Para ser elegibles para el ADAP en su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios que incluyen comprobante de residencia en el estado y su estado del VIH, un

comprobante de bajos ingresos según lo establece el Estado, y el estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique al encargado de inscripción local del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 1-800-255-1090.

Programas estatales de asistencia farmacéutica

Muchos estados tienen Programas estatales de asistencia farmacéutica que ayudan a las personas a pagar sus medicamentos con receta de acuerdo con la necesidad financiera, la edad, la afección o la discapacidad. Cada Estado se rige por distintas normas para brindar cobertura para medicamentos a sus miembros.

En Texas, el Programa estatal de asistencia farmacéutica es el Programa para la salud renal de Texas (Kidney Health Care, KHC).

Programa para la salud renal de Texas (KHC): información de contacto	
Llame al	1-800-222-3986, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
TTY	711
Escriba a	Kidney Health Care P.O. Box 149030, MC 1938 Austin, TX 78714-9947
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/kidney-health-care

Plan de pago de recetas de Medicare

El Plan de pago de recetas de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura actual de medicamentos, para ayudarlo a gestionar los costos que paga de su bolsillo de los medicamentos que cubre el plan al dividirlos en **el año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona que tenga un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede utilizar esta opción de pago. **Esta opción de pago puede ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce el costo de sus medicamentos. Si participa en el Plan de pago de recetas de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente en 2026.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite el sitio web www.Medicare.gov.

Plan de pago de recetas de Medicare: información de contacto	
Llame al	844-368-8729 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Este número está disponible las 24 horas, los 7 días de la semana.
Escriba a	Optum Rx Attn: Member Services 6868 W 115th St Overland Park, KS 66211
Sitio web	www.optumrx.com

SECCIÓN 8 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) es una agencia federal independiente que administra los programas integrales de beneficios destinados a los trabajadores ferroviarios del país y a sus familias. Si recibe sus beneficios de Medicare a través de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con esta si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene preguntas sobre los beneficios de la Junta de jubilación para ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación para ferroviarios (RRB): información de contacto	
Llame al	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a. m. a 3:30 p. m., los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a. m. a 12:00 p. m., los miércoles. Presione “1” para acceder a la Línea de ayuda automatizada de la RRB y recibir información grabada las 24 horas, incluidos los fines de semana y días festivos.
TTY	1-312-751-4701 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.

Sitio web	https://RRB.gov

SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador

Si usted (o su cónyuge o pareja) recibe beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja) como parte de este plan, puede llamar al administrador de beneficios de su empleador o sindicato o a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o llame gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene alguna pregunta. Puede preguntar acerca de los beneficios de salud, las primas o el período de inscripción de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja). Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3:
Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

Este capítulo explica lo que usted debe saber sobre cómo utilizar nuestro plan para obtener atención médica cubierta. Para obtener detalles sobre qué tipo de atención médica cubre nuestro plan y cuánto paga usted del costo de dicha atención, consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4.

Sección 1.1 Proveedores de la red y servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los doctores y otros profesionales de la salud autorizados por el Estado para brindar atención y servicios médicos. El término “proveedores” también incluye hospitales y otros centros de atención médica.
- Los **proveedores de la red** son los doctores y otros profesionales de la salud, grupos médicos, hospitales y otros centros de atención médica que han acordado con nosotros aceptar nuestros pagos y el monto de su costo compartido como pago completo. Acordamos con estos proveedores que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para los medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para que nuestro plan cubra su atención médica

Como un plan de salud de Medicare, KelseyCare Advantage Signature debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

KelseyCare Advantage Signature cubrirá, por lo general, su atención médica, siempre y cuando:

- **La atención que reciba se incluya en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** que se encuentra en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros, equipos o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Tenga un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) de la red que brinde y supervise su atención médica.** Como miembro del plan, debe elegir a un PCP de la red (para obtener más información, consulte la Sección 2.1).
  - En la mayoría de los casos, nuestro plan deberá autorizarlo con antelación (mediante una remisión) antes de que pueda acudir a otros proveedores de la red de nuestro plan, tales como especialistas, hospitales, centros de atención de enfermería especializada o agencias de atención médica a domicilio. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.
  - Las remisiones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia. Para conocer otros tipos de atención que puede recibir sin necesidad de obtener la autorización previa de su PCP, consulte la Sección 2.2.
- **Usted debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red (consulte la Sección 2)**. *En la mayoría de los casos*, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que reciba. Existen 3 excepciones:
  - Nuestro plan cubre la atención de emergencia o los servicios de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué son los servicios de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y no hay especialistas en nuestra red que puedan proveerla, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red por el mismo costo compartido que normalmente paga dentro de la red. Nuestro plan exige que se obtenga una autorización previa para los servicios de un proveedor fuera de la red antes de solicitar atención médica. En este caso, usted paga lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red. Para obtener más información sobre cómo obtener autorización para consultar a un doctor fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan o cuando el proveedor que le presta este servicio no se encuentre disponible temporalmente o no sea posible comunicarse con él. El costo compartido que usted paga al plan por la diálisis nunca puede superar el costo compartido de Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio

de nuestro plan y recibe la diálisis de un proveedor que no forma parte de la red del plan, su costo compartido no puede superar el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no se encuentra disponible temporalmente, y usted decide obtener los servicios dentro del área de servicio a través de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) para que brinde y supervise su atención médica

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

- **¿Qué es un PCP?** Un PCP es un doctor en la red que se ocupará de la mayoría de sus necesidades de atención médica rutinaria y le ayudará a coordinar sus otras necesidades médicas.
- **¿Qué tipo de proveedores pueden actuar como un PCP?** Generalmente, los doctores de medicina de familia y medicina interna en la red funcionarán como un PCP. Ocasionalmente, otros especialistas estarán de acuerdo con ser su PCP, si manejan su atención en general.
- **Explicar el rol de un PCP en nuestro plan.** Su PCP le proporcionará la atención para sus necesidades de atención rutinaria y lo asistirá para coordinar su atención. Su PCP organizará sus chequeos preventivos de atención médica, pedirá los análisis de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico. Su PCP coordinará su atención médica clínica con los especialistas.
- **¿Cuál es el rol del PCP en coordinar los servicios cubiertos?** Su PCP lo ayudará a coordinar sus necesidades de atención médica. Coordinar su atención incluye consultar con los proveedores de su plan acerca de la atención y monitoreo de cualquier tratamiento que reciba. Su PCP puede ayudarlo a coordinar otros servicios o suministros cubiertos que pueda necesitar, como atención médica a domicilio o equipos médicos. Los especialistas también pueden ayudarlo a coordinar otros servicios.
- **¿Cuál es el rol del PCP a la hora de tomar decisiones acerca de una autorización previa o de obtenerla, si corresponde?** En algunos casos, es posible que su PCP u otro proveedor deba obtener la autorización por adelantado de nuestro departamento de gestión de utilización para ciertos tipos de servicios o pruebas (a esto se le denomina obtener “autorización previa”). Los servicios y artículos que requieren autorización previa se encuentran en el Capítulo 4.

¿Cómo seleccionar un PCP?

Usted debe elegir a su PCP de la lista de doctores de Medicina de Familia o Medicina Interna que se enumeran en el Directorio de proveedores del plan y llamar al número principal del proveedor para solicitar una cita. Algunos PCP solo lo verán si es un paciente existente y los ha visto anteriormente.

Cómo cambiar de PCP

Usted puede cambiar de PCP por cualquier motivo y en cualquier momento. También existe la posibilidad de que el PCP deje de estar en la red de proveedores del plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un nuevo PCP. Si desea cambiar de PCP, llame y coordine su próxima consulta con su nuevo PCP. Cada PCP del plan puede realizar remisiones a ciertos especialistas del plan y utiliza ciertos hospitales dentro de nuestra red. Esto significa que el PCP del plan que usted elija podrá determinar los especialistas y hospitales que usted puede utilizar. Su cambio de PCP entrará en vigor inmediatamente después de la recepción de la solicitud.

Sección 2.2 Atención médica que puede recibir sin remisión del PCP

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

- Atención médica de rutina para mujeres, incluidos exámenes de mamas, mamografías de detección (radiografías de mamas), pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos, siempre que los realice un proveedor de la red.
- Vacunas contra la gripe, COVID-19, hepatitis B y neumonía, siempre que se las administre un proveedor de la red.
- Servicios de emergencia de proveedores de la red o de proveedores fuera de la red.
- Los servicios de urgencia cubiertos por el plan son servicios que requieren atención médica inmediata (pero no son una emergencia) si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de parte de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes imprevistos de enfermedades existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.
- Los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio del plan. En caso de que sea posible, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) antes de abandonar

el área de servicio, para que podamos ayudarle a recibir diálisis de mantenimiento durante su ausencia.

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

El especialista es un doctor que presta servicios de atención médica en relación con enfermedades específicas o con una parte del cuerpo. Hay muchos tipos de especialistas. Por ejemplo:

- Oncólogos: tratan a los pacientes que tienen cáncer.
- Cardiólogos: tratan a los pacientes que tienen afecciones cardíacas.
- Ortopedistas: tratan a los pacientes que tienen determinadas afecciones óseas, articulares o musculares.
- **¿Cuál es el rol del PCP en remitir a los miembros a especialistas y otros proveedores?**
    - Para algunos tipos de remisiones, es posible que su PCP deba obtener aprobación por adelantado de nuestro plan (a esto se lo denomina obtener autorización previa). Cuando se requiere, es muy importante obtener una remisión (autorización previa/aprobación por adelantado) de su PCP antes de acudir a un especialista del plan u otros proveedores determinados (hay algunas excepciones, incluida la atención médica de rutina para las mujeres que explicamos anteriormente en esta Sección). Si no cuenta con una remisión (autorización previa/aprobación por adelantado) antes de obtener servicios de un especialista, es posible que tenga que pagar estos servicios usted mismo.
    - Si el especialista quiere que vuelva para recibir más atención, verifique primero para asegurarse de que la autorización previa que obtuvo de su PCP para la primera consulta cubre más consultas con el especialista.
    - Su PCP puede remitirlo a cualquier especialista de la red. Si hay un proveedor específico del plan que quiere ver, puede solicitar una remisión de su PCP. Antes de brindar ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener aprobación por adelantado del plan (autorización previa). Si se concede, la autorización previa le permitirá recibir un servicio específico (o una cantidad específica de servicios). Una vez que haya recibido la cantidad de servicios autorizada, su PCP o especialista tendrá que obtener aprobación adicional del plan para que usted pueda continuar recibiendo el tratamiento especializado. Consulte la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 para obtener información sobre cuáles servicios pueden requerir autorización previa, y siempre pídale a su proveedor que confirme con el plan si tiene dudas.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red deja de participar en el plan

Podemos realizar cambios en los hospitales, los doctores y los especialistas (proveedores) que forman parte de la red de nuestro plan durante el año. Si su doctor o especialista deja de estar en el plan, usted tiene los siguientes derechos y protecciones:

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que usted tenga acceso ininterrumpido a doctores y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará el plan para que tenga tiempo de seleccionar un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud del comportamiento deja nuestro plan, se lo notificaremos si ha acudido a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, se lo notificaremos si usted está asignado a ese proveedor, si actualmente recibe atención de él o si ha acudido a él en los últimos 3 meses.
- Lo ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado de la red para que pueda recibir atención continua.
- Si está realizando alguna terapia o tratamiento médico con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar seguir recibiendo la terapia o el tratamiento médicamente necesario. Trabajaremos con usted para que pueda seguir recibiendo atención.
- Le proporcionaremos información sobre los distintos períodos de inscripción disponibles y las opciones que puede tener para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio de la red no esté disponible o no sea adecuado para satisfacer sus necesidades médicas, nos ocuparemos de cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red. Nuestro plan exige que se obtenga una autorización previa para los servicios de un proveedor fuera de la red antes de solicitar atención médica.
- Si se entera de que su doctor o especialista dejará el plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a seleccionar un nuevo proveedor para administrar su atención.
- Si cree que no le hemos proporcionado un proveedor calificado para reemplazar a su proveedor anterior o que su atención no está siendo administrada de manera apropiada, tiene derecho a presentar una queja sobre la calidad de la atención ante la QIO, interponer 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

Generalmente, usted debe recibir su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, no se cubrirá la atención que reciba de un proveedor fuera de la red (un proveedor que no forme parte de la red de nuestro plan). Existen tres excepciones:

El plan cubre la atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información sobre este tema y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3 de este capítulo.

El plan cubre el servicio de diálisis si usted tiene una ESRD cuando viaja fuera del área de servicio del plan y no puede acceder a un proveedor contratado. Esto está cubierto solo dentro de los Estados Unidos.

Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan, y los proveedores de la red no la pueden prestar, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención que no sea de emergencia de un proveedor fuera de la red. En este caso, si se obtiene una autorización, pagará lo mismo que pagaría si recibiera la atención de un proveedor de la red.

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

Sección 3.1 Cómo obtener atención si tiene una emergencia médica

Una **emergencia médica** es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro, o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica, esto es lo que debe hacer:

- **Busque ayuda lo más rápido posible.** Llame al 911 para pedir ayuda o acuda a la sala de emergencias u hospital más cercano. Pida una ambulancia por teléfono si la necesita. No es necesario que primero obtenga la autorización o una remisión del PCP. No es necesario que recurra a un doctor de la red. Usted puede obtener atención médica de emergencia cubierta cada vez que la necesite, en cualquier lugar de los Estados Unidos o sus territorios, y de cualquier proveedor que posea una licencia estatal correspondiente, incluso si no forma parte de nuestra red. Su plan incluye cobertura de emergencia en todo el mundo; consulte los detalles al final de la Sección 3.2.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar al plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberá llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Puede llamarnos al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.

Servicios cubiertos en una emergencia médica

Nuestro plan cubre los servicios de ambulancia en los casos en los que ir a la sala de emergencias de alguna otra manera podría poner en peligro su salud. También cubrimos los servicios médicos provistos durante la emergencia.

Los doctores que le brindan atención de emergencia decidirán en qué momento se estabiliza la afección y finaliza la emergencia médica.

Una vez que finaliza la emergencia, usted tiene derecho a recibir atención de seguimiento para garantizar que siga estando estable. Los doctores continuarán tratándolo hasta que sus doctores se pongan en contacto con nosotros y planifiquen una atención adicional. El plan cubre la atención de seguimiento.

Si recibe atención de emergencia por parte de proveedores fuera de la red, trataremos de que los proveedores de la red se hagan cargo de su atención tan pronto como su afección y las circunstancias lo permitan.

¿Qué pasa si no se trataba de una emergencia médica?

Algunas veces, puede ser difícil darse cuenta si está ante una emergencia médica. Por ejemplo, puede pensar que necesita atención de emergencia (porque considera que su salud está en grave peligro) y que el doctor le diga que no se trataba de una emergencia médica. Si resulta ser que no se trataba de una emergencia, cubriremos la atención que reciba, siempre y cuando haya pensado, dentro de lo razonable, que su salud estaba en grave peligro.

Sin embargo, una vez que el doctor haya determinado que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 2 formas:

- Acude a un proveedor de la red para obtener atención adicional.
- O bien, la atención adicional que recibe se considera servicios de urgencia y usted sigue las siguientes normas para obtener esta atención de urgencia.

Sección 3.2 Cómo obtener atención médica cuando tiene una necesidad urgente de recibir servicios

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de parte de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes imprevistos de enfermedades existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los controles anuales, no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Para obtener información sobre los centros de atención de urgencia en la red del plan, consulte el Directorio de proveedores ubicado en www.kelseycareadvantage.com o comuníquese con Servicios para los miembros. (Los números de teléfono de Servicios para los miembros figuran en la contraportada de este documento). Si tiene preguntas sobre los servicios de atención urgente fuera del horario de atención, puede llamar al centro de contacto de la Clínica Kelsey-Seybold las 24 horas al 713-442-0000 para hablar con un enfermero matriculado o un doctor. El plan brinda cobertura de emergencia en todo el mundo. Puede obtener atención de emergencia fuera de los Estados Unidos. La atención de emergencia incluye consultas en la sala de emergencias, las admisiones hospitalarias de emergencia y los viajes en ambulancia hacia la sala de emergencias.

Nuestro plan cubre servicios de emergencia en todo el mundo fuera de Estados Unidos en las circunstancias que se indican a continuación.

- Los servicios de emergencia incluyen consultas en la sala de emergencias, las admisiones hospitalarias de emergencia y los viajes en ambulancia hacia la sala de emergencias.
- Usted está cubierto hasta el límite máximo de cobertura del plan de $20,000 de por vida. Los costos que superen este monto no estarán cubiertos.
- No están cubiertos el transporte de regreso a Estados Unidos desde otro país, la atención médica en un crucero, la atención de urgencia ni los medicamentos adquiridos fuera de Estados Unidos. Además, no se eximen los costos compartidos de la sala de emergencias si lo internan para recibir atención hospitalaria.
- Si es posible, póngase en contacto con nosotros en un plazo de 48 horas para informarnos de su consulta en la sala de emergencias.

Los proveedores de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos pueden exigirle que pague la atención en el momento en que se brindan los servicios. Luego, tendrá que proveer los recibos y cualquier información médica al plan para el pago.

Para obtener más información, consulte “Atención de emergencia” y “Servicios de urgencia” en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4 de este documento o llame a los Servicios para los miembros.

Sección 3.3 Cómo obtener atención durante un desastre

Si el gobernador de su estado, la Secretaría de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o el presidente de los Estados Unidos declara estado de desastre o emergencia en su área geográfica, aún tiene derecho a recibir atención a través de nuestro plan.

Visite www.kelseycareadvantage.com/medicare-compliance/emergency-notices para obtener información sobre cómo recibir la atención que necesita durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5.

SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?

Si pagó más de lo que le correspondía del costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibió una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de los servicios cubiertos. Para obtener información sobre qué debe hacer, consulte el Capítulo 7.

Sección 4.1 Si nuestro plan no cubre los servicios, usted debe pagar el costo total

KelseyCare Advantage Signature cubre todos los servicios médicos que son médicamente necesarios, tal como figura en la Tabla de beneficios médicos que se encuentra en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no se encuentran cubiertos por nuestro plan o los obtiene fuera de la red sin autorización, usted es responsable de pagar el costo total de dichos servicios.

Para los servicios cubiertos que tienen un límite de beneficios, usted también paga el costo total de los servicios que reciba después de utilizar la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. Los costos que pague después de que haya alcanzado el límite del beneficio no contarán para el monto máximo que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica

Sección 5.1 Qué es un estudio de investigación clínica

Un estudio de investigación clínica (también denominado un *ensayo clínico*) es una manera que tienen los doctores y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Algunos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare suelen solicitar la participación de voluntarios. Mientras participe en un estudio de investigación clínica, puede seguir inscrito en nuestro plan y continuar recibiendo la atención restante (la atención que no esté relacionada con el estudio) a través del plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que usted reciba como parte del estudio. Si nos informa que se encuentra participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios provistos en dicho ensayo. Si ha pagado de más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que ha pagado y el costo compartido dentro de la red. Deberá presentar la documentación que demuestre el monto que ha pagado.

Si desea participar en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos informe ni que obtenga nuestra aprobación o la de su PCP. No es necesario que los proveedores que le brinden atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores del plan. (Esto no se aplica a los beneficios cubiertos que requieren un ensayo clínico o registro para evaluar el beneficio, incluidos ciertos beneficios que requieren estudios de desarrollo de cobertura con evidencia según las determinaciones de cobertura nacional [national coverage determinations-coverage with evidence development, NCD-CED] y de exención de dispositivos en investigación [investigational device exemption, IDE]. Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y a otras normas del plan).

Si bien no es necesario que obtenga la autorización del plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos informe por adelantado cuando decida participar en estudios de investigación clínica 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 Quién paga los servicios en un estudio de investigación clínica

Una vez que se inscriba en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, Original Medicare cubrirá los productos y servicios de rutina que reciba como parte del estudio, incluidos los siguientes:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si usted no participara en un estudio.
- Una operación u otro procedimiento médico si forma parte del estudio de investigación.
- El tratamiento de los efectos secundarios y las complicaciones que sean consecuencia de la nueva atención.

Una vez que Medicare pague la parte que le corresponde por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido en Original Medicare y su costo compartido dentro de la red como miembro de nuestro plan. Esto significa que usted pagará el mismo monto por los servicios que reciba como parte del estudio, igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar la documentación que demuestre el monto de costo compartido que ha pagado. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

> *Ejemplo de costos compartidos en un ensayo clínico:* Supongamos que tiene un análisis de laboratorio que cuesta $100 como parte del estudio de investigación. Su parte de los costos para este análisis es $20 según Original Medicare, pero el análisis sería de $10 conforme a nuestro plan. En este caso, Original Medicare pagaría $80 por el análisis, y usted pagaría el copago de $20 exigido por Original Medicare. Debería notificar a nuestro plan que ha recibido un servicio de ensayo clínico calificado y presentar al plan documentación (tal como la factura del proveedor). A continuación, nuestro plan le pagaría directamente $10. Por lo tanto, su pago neto será de $10, el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.
- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubriría las tomografías computarizadas mensuales que se realicen como parte del estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.

- Los patrocinadores de la investigación les suelen proporcionar de forma gratuita los artículos y los servicios a los participantes del estudio.

Cómo obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Para obtener más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica, consulte la publicación *Medicare and Clinical Research Studies* (Medicare y los estudios de investigación clínica), disponible en www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Sección 6.1 Institución religiosa de atención sanitaria no médica

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

Sección 6.2 Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención sanitaria no médica

Para que lo atiendan en una institución religiosa de atención sanitaria no médica, debe firmar un documento legal en el que exprese que se niega conscientemente a recibir un tratamiento médico **no exceptuado**.

- La atención o el tratamiento médicos **no exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos *voluntarios* y que *no son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.
- La atención o el tratamiento médicos **exceptuados** corresponden a la atención o el tratamiento médicos que *no* son voluntarios o que *son obligatorios* según la legislación federal, estatal o local.

Para que el plan cubra estos servicios, la atención que reciba en una institución religiosa de atención sanitaria no médica debe cumplir con las siguientes condiciones:

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.

- Nuestro plan solo cubre los aspectos *no religiosos* de la atención.
- Si obtiene servicios de esta institución en un centro, se aplican las siguientes condiciones:
    - Debe tener una afección que le permitiría recibir los servicios cubiertos correspondientes a atención para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
    - Y debe obtener la autorización del plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro; de lo contrario, su estadía no se cubrirá.

Se aplican límites de cobertura para pacientes internados o límites para centros de atención de enfermería especializada. Consulte la tabla de beneficios en el Capítulo 4 para obtener más información.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 No puede quedarse con el equipo médico duradero después de haber realizado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

El equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) incluye artículos como suministros y equipos de oxígeno, sillas de ruedas, andadores, sistemas de colchones eléctricos, muletas, suministros para la diabetes, dispositivos para la generación del habla, bombas de infusión intravenosa, nebulizadores y camas de hospital recetadas por un proveedor para que los miembros usen en el hogar. El miembro siempre posee algunos artículos de DME, como las prótesis. Otros tipos de DME se deben alquilar.

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de realizar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de KelseyCare Advantage Signature, generalmente no adquirirá la propiedad de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya realizado por el artículo siendo miembro de nuestro plan**. No adquirirá la propiedad incluso si realizó hasta 12 pagos consecutivos por un artículo de DME conforme a Original Medicare antes de unirse a nuestro plan. En algunas circunstancias limitadas, le transferiremos la posesión del artículo de DME. Llame a Servicios para los miembros para obtener más información.

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

Si no obtuvo la propiedad del artículo de DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de que se cambie a Original Medicare a fin de adquirir la propiedad del artículo de DME. Los pagos que realizó mientras estaba inscrito en nuestro plan no se tienen en cuenta para estos 13 pagos.

Ejemplo 1: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. Los pagos que haya realizado en Original Medicare no se tienen en cuenta. Deberá realizar 13 pagos a nuestro plan para convertirse en propietario del artículo.

Ejemplo 2: Realizó 12 pagos consecutivos o menos por el artículo en Original Medicare y luego se inscribió en nuestro plan. No obtuvo la propiedad del artículo mientras estuvo en nuestro plan. Luego, regresa a Original Medicare. Deberá realizar 13 nuevos pagos consecutivos después de regresar a Original Medicare para convertirse en propietario del artículo. Todos los pagos anteriores que haya realizado (ya sea a nuestro plan o a Original Medicare) no se tienen en cuenta.

Sección 7.2 Normas para el equipo de oxígeno, suministros y mantenimiento

Si reúne los requisitos para recibir cobertura para el equipo de oxígeno de Medicare, KelseyCare Advantage Signature cubrirá lo siguiente:

- Alquiler de equipo de oxígeno
- Entrega de oxígeno y contenidos de oxígeno
- Sondas y accesorios de oxígeno afines para suministrar oxígeno y contenidos de oxígeno
- Mantenimiento y reparaciones del equipo de oxígeno

Si deja KelseyCare Advantage Signature o ya no tiene necesidad médica del equipo de oxígeno, deberá devolverlo.

¿Qué sucede si deja nuestro plan y vuelve a Original Medicare?

Original Medicare exige que el proveedor de oxígeno le preste sus servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses, deberá alquilar el equipo. Durante los 24 meses restantes, el proveedor proporcionará el equipo y el mantenimiento (usted seguirá siendo responsable del copago por el oxígeno). Luego de 5 años, podrá elegir entre quedarse en la misma compañía o cambiarse a otra. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, aunque permanezca en la misma compañía, y usted deberá volver a pagar copagos durante los primeros 36 meses. Si se inscribe en nuestro plan o lo abandona, el ciclo de 5 años vuelve a comenzar.

CAPÍTULO 4:
Tabla de beneficios médicos
(lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)

SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos

La Tabla de beneficios médicos enumera los servicios cubiertos y detalla la cantidad que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de KelseyCare Advantage Signature. Más adelante en este capítulo, encontrará información sobre los servicios médicos que no están cubiertos.

Sección 1.1 Costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

- **Copago:** monto fijo que usted paga cada vez que recibe algún servicio médico. El copago se abona en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus copagos).
- **Coseguro:** porcentaje que paga del costo total de cierto servicio médico. El coseguro se paga en el momento en que recibe el servicio médico. (La Tabla de beneficios médicos le brinda más información sobre sus coseguros).

La mayoría de las personas que reúnen los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (QMB) no deben pagar deducibles, copagos ni coseguros. Si se encuentra en uno de estos programas, asegúrese de mostrarle a su proveedor su comprobante de elegibilidad para Medicaid o QMB.

Sección 1.2 ¿Cuál es el monto máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos de la Parte A y la Parte B de Medicare?

Los planes Medicare Advantage tienen un límite en cuanto al monto total que debe pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red que están cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (Maximum Out of Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2026, el MOOP será de $3,900.**

Los montos que usted paga por los copagos y los coseguros por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para este monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que paga por los medicamentos de la Parte D no se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para el monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si llega al monto máximo que paga de su bolsillo de $3,900, no deberá pagar gastos de su bolsillo por el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero pague su prima de la Parte B).

Sección 1.3 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo

Como miembro de KelseyCare Advantage Signature, cuenta con una protección importante porque solo tiene que pagar la parte que le corresponde del monto del costo compartido cuando obtiene servicios cubiertos por nuestro plan. Los proveedores no pueden facturarle cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.

Así es como funciona la protección contra la facturación de saldos:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), usted paga solamente ese monto por cualquier servicio cubierto del proveedor de la red.
- Si su costo compartido es un coseguro (un porcentaje de los cargos totales), usted nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si recibe servicios cubiertos de un proveedor de la red, paga el porcentaje de coseguro multiplicado por la tarifa de reembolso de nuestro plan (según se determine en el contrato entre el proveedor y el plan).

- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o servicios de urgencia).
- Si recibe servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red y que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o para servicios de urgencia fuera del área de servicio).

- Si cree que un proveedor le ha facturado saldos, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos

En las próximas páginas, la Tabla de beneficios médicos enumera los servicios que KelseyCare Advantage Signature cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se describe en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con estos requisitos de cobertura:

- Los servicios que cubre Medicare deben prestarse de conformidad con las pautas de cobertura de Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos de la Parte B) *deben* ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los servicios, suministros o medicamentos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- Para los nuevos afiliados, su plan de atención coordinada Medicare Advantage (MA) debe proporcionar un período de transición mínimo de 90 días, durante el cual el nuevo plan MA no puede exigir autorización previa para ningún tratamiento activo, incluso si este comenzó con un proveedor fuera de la red.
- Usted recibe su atención de parte de un proveedor de la red. En la mayoría de los casos, la atención que reciba de parte de un proveedor fuera de la red no estará cubierta, salvo que se trate de una atención de urgencia o emergencia, o que haya

recibido una remisión de un proveedor de la red o nuestro plan. Esto significa que tendrá que pagar al proveedor la totalidad de los servicios que reciba fuera de la red.

- Usted tiene un proveedor de atención primaria (PCP) que brinda y supervisa su atención.
- Algunos de los servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos *solo* si su doctor o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios cubiertos que deben autorizarse por adelantado están marcados en la Tabla de beneficios médicos con una nota al pie.

Otra información importante que debe saber sobre su cobertura:

- Como todos los planes de salud de Medicare, cubrimos todo lo que cubre Original Medicare. Para algunos de estos beneficios, usted paga *más* en nuestro plan de lo que pagaría en Original Medicare. Para otros, usted paga *menos*. (Para obtener más información sobre la cobertura y los costos de Original Medicare, consulte su manual *Medicare & You 2026* [Medicare y Usted 2026]. Consúltelo en línea en www.Medicare.gov o solicite una copia llamando al 1-800-MEDICARE [1-800-633-4227]. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).
- Para todos los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también los cubrimos sin costo para usted. Sin embargo, si a usted también se le trata o controla por una afección existente durante la consulta en la que recibe el servicio preventivo, es posible que se aplique un copago por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para algún nuevo servicio durante el año 2026, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.

Información importante sobre los beneficios para afiliados con enfermedades crónicas

- Si le han diagnosticado alguna de las enfermedades crónicas indicadas a continuación y cumple con determinados criterios, puede ser elegible para los beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos.
    - Enfermedad renal terminal, insuficiencia cardiaca congestiva (congestive heart failure, CHF), trastornos hematológicos graves y cáncer.
    - El plan revisará las reclamaciones y recabará información para identificar si usted reúne los requisitos y le comunicará si es elegible a nuestro proveedor de transporte.
- Para conocer más detalles, consulte la fila Beneficios complementarios especiales para enfermos crónicos en la Tabla de beneficios médicos a continuación.
- Contáctenos para consultar para qué beneficios es elegible exactamente.

Esta manzana muestra los servicios preventivos en la Tabla de beneficios médicos.

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de aneurisma aórtico abdominal Una ecografía de detección por única vez para las personas en riesgo. Nuestro plan solo cubre esta prueba de detección si usted tiene ciertos factores de riesgo y si recibe una remisión de parte de su doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.
Acupuntura para el dolor lumbar crónico Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Cobertura para hasta 12 consultas en 90 días en las siguientes circunstancias: A los fines de este beneficio, el dolor lumbar crónico se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más. • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es decir, no se asocia con una enfermedad metastásica, inflamatoria, infecciosa, etc.). • No está relacionado con una cirugía. • No está relacionado con un embarazo. Se cubrirán 8 sesiones adicionales para los pacientes que manifiesten mejoría. No se administrarán más de 20 tratamientos de acupuntura por año. El tratamiento debe interrumpirse si el paciente no mejora o si empeora.	Copago de $20 por cada consulta cubierta por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Acupuntura para el dolor lumbar crónico (continuación) **Requisitos para proveedores:** Los doctores (según la definición en la Sección 1861(r)(1) de la Ley del Seguro Social [Social Security Act] [la Ley]) pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables. Los asistentes médicos (physician assistants, PA), los enfermeros practicantes (nurse practitioners, NP)/especialistas en enfermería clínica (clinical nurse specialists, CNS) (como se identifican en la Sección 1861(aa)(5) de la Ley) y el personal auxiliar pueden proporcionar acupuntura si cumplen todos los requisitos estatales aplicables y tienen: • Un título de maestría o doctorado en acupuntura o medicina oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia actual, completa, activa y sin restricciones para practicar la acupuntura en un estado, territorio o estado libre asociado (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos, o en el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que proporcione acupuntura debe estar bajo el nivel adecuado de supervisión de un doctor, un PA o un NP/CNS, tal y como exigen nuestras normas en el Título 42, Secciones 410.26 y 410.27 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, sean para una situación de emergencia o no, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que pueda brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia cubiertos no son para una situación de emergencia, se debe documentar que la afección del miembro es tal que otros medios de transporte podrían poner en peligro su salud y que el transporte en ambulancia es médicamente necesario.	Copago de $275 por cada servicio de ambulancia terrestre o aérea cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida. **Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.**
Examen físico anual	Copago de $0 por un examen físico anual.
Consulta anual de bienestar Si ha tenido la Parte B por más de 12 meses, puede tener una consulta anual de bienestar para establecer o actualizar un plan de prevención personalizado basado en los factores de riesgo y salud actuales. Se cubre una vez cada 12 meses. **Nota**: Su primera consulta anual de bienestar no puede realizarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las consultas anuales de bienestar.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, son personas en riesgo de pérdida de masa ósea o con riesgo de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: procedimientos para determinar la densidad ósea, detectar la pérdida de masa ósea o determinar la calidad ósea, incluida la interpretación de los resultados por parte del doctor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de mama (mamografías) Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Una mamografía inicial entre los 35 y 39 años. • Una mamografía de control cada 12 meses para las mujeres de 40 años o más. • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Los programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una solicitud del doctor. Nuestro plan también cubre programas intensivos de rehabilitación cardíaca que son habitualmente más rigurosos o intensos que los programas de rehabilitación cardíaca.	Copago de $20 por cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca y cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (tratamiento para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su doctor de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Durante esta consulta, su doctor puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.
Pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares Análisis de sangre para la detección de enfermedades cardiovasculares (o anomalías asociadas al riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares) una vez cada 5 años (60 meses).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el análisis para detectar enfermedades cardiovasculares que se cubre una vez cada 5 años.
Prueba de detección de cáncer de cuello de útero y de vagina Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Para todas las mujeres: Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses. • Si tiene alto riesgo de padecer cáncer de cuello de útero o de vagina, o está en edad de procrear y ha obtenido un resultado anormal en una prueba de Papanicolaou en los últimos 3 años: una prueba de Papanicolaou cada 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de Papanicolaou y los exámenes pélvicos preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Solo cubrimos la manipulación manual de la columna vertebral para corregir subluxaciones.	Copago de $20 por cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de tratamiento y control del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir la evaluación del dolor, la administración de medicamentos y la coordinación y planificación de la atención.	Copago de $20 **Se requiere autorización previa.**
Prueba de detección de cáncer colorrectal Las siguientes pruebas de detección están cubiertas: • La colonoscopia no tiene límite mínimo ni máximo de edad y se cubre una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no presenten un alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no presenten un alto riesgo de cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su doctor encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen de diagnóstico y debe pagarse un copago. Usted pagará el hospital para pacientes externos (copago de $300) o el centro quirúrgico ambulatorio (copago de $200) si la colonoscopia se combina con otro procedimiento para pacientes externos que no sea una colonoscopia. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes de 45 años o más que no presenten un riesgo elevado de cáncer colorrectal y está cubierta cuando han transcurrido al menos 59 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada de detección o 47 meses desde el mes en que se realizó la última sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección. Para los pacientes con alto riesgo de cáncer colorrectal, se puede realizar el pago de una colonografía por tomografía computarizada de detección realizada después de que hayan transcurrido al menos 23 meses desde el mes en que se realizó la última colonografía por tomografía computarizada o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para pacientes que no presenten un alto riesgo después de que el paciente haya recibido una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Pruebas de detección de sangre oculta en heces para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses. • Pruebas multidiana de ADN en heces para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer colorrectal (continuación) • Pruebas de biomarcadores en sangre para pacientes de 45 a 85 años que no cumplan con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una colonoscopia de detección de seguimiento después de un resultado positivo en una prueba de detección de cáncer colorrectal no invasiva en heces cubierta por Medicare. • Las pruebas de detección del cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible de detección planificada o una colonoscopia de detección que implique la extracción de tejido u otra materia, o cualquier otro procedimiento realizado en relación con la prueba de detección, como resultado de esta o en el mismo encuentro clínico.	
Atención médica a conveniencia	Copago de $20 por cada consulta.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios odontológicos En general, los servicios odontológicos preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios odontológicos en circunstancias limitadas, concretamente, cuando ese servicio es una parte integral del tratamiento específico de la enfermedad primaria de la persona. Los ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula tras una fractura o lesión, extracciones dentales como preparación para la radioterapia contra el cáncer que afecte a la mandíbula, o exámenes orales previos a un trasplante de órganos. Además, cubrimos lo siguiente:	**Solo dentro de la red** (los miembros deben acudir a proveedores de servicios odontológicos dentro de la red, no hay cobertura para proveedores de servicios odontológicos fuera de la red). Copago de $20 por servicios odontológicos cubiertos por Medicare. Servicios odontológicos preventivos e integrales: Coseguro del 0% Monto máximo de cobertura del plan de $2,500 cada año para servicios odontológicos integrales no cubiertos por Medicare. Este monto se combina con el beneficio de servicios odontológicos preventivos. Para conocer más detalles sobre los costos compartidos, consulte la página **111**. Cualquier monto por encima del monto máximo de cobertura del plan es la responsabilidad del miembro.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de depresión Cubrimos una prueba de detección de depresión por año. La prueba de detección debe realizarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar remisiones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si usted tiene alguno de estos factores de riesgo: presión arterial alta (hipertensión), antecedentes de niveles anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o antecedentes de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden estar cubiertos si usted cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Usted puede ser elegible para realizarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses a partir de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no). Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar la glucosa en sangre: glucómetro, tiras reactivas para análisis de glucosa en sangre, dispositivos de punción y lancetas, y soluciones de control de glucosa para verificar la precisión de las tiras reactivas y de los glucómetros. • Para las personas que padecen diabetes y enfermedad de pie diabético grave: un par de zapatos terapéuticos a medida por año calendario (con los zapatos se incluyen las plantillas ortopédicas) y 2 pares extra de plantillas ortopédicas, o un par de zapatos profundos y 3 pares de plantillas ortopédicas (con los zapatos no se incluyen las plantillas ortopédicas extraíbles que no están hechas a medida). La cobertura incluye adaptación. • La capacitación para el autocontrol de la diabetes está cubierta, siempre que se cumpla con ciertos requisitos.	Coseguro del 0% si usa una marca preferida de suministros para pruebas de diabetes (incluye medidores y tiras reactivas). Marca preferida: Roche (es decir, ACCU-CHEK®). Las marcas no preferidas de suministros para diabéticos (incluidos medidores y tiras reactivas) no están cubiertas a menos que un doctor lo determine médicamente necesario. Coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control. Copago de $0 por el servicio capacitación para el autocontrol de la diabetes cubierto por Medicare. Coseguro del 20% para los zapatos o las plantillas terapéuticos para pacientes diabéticos cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para bombas de insulina y suministros cubiertos por Medicare. Cobertura del 15% para medidores continuos de glucosa en sangre (continuous glucose monitor, CGM) en una farmacia minorista y del 20% en el proveedor de DME. Los CGM preferidos son Dexcom G6/G7 y Freestyle Libre 14/2/3. Los otros CGM no están cubiertos. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3 de este documento para ver una definición de equipo médico duradero). Los artículos cubiertos incluyen, entre otros, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores y andadores. Con este documento de *Evidencia de cobertura*, le enviamos la lista de DME de KelseyCare Advantage Signature. La lista indica las marcas y los fabricantes de DME que cubrimos. La lista más actualizada de marcas, fabricantes y proveedores también está disponible en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com. Generalmente, KelseyCare Advantage Signature cubre cualquier DME cubierto por Original Medicare de las marcas y los fabricantes que se encuentran en esta lista. No cubriremos otras marcas ni otros fabricantes, a menos que su doctor u otro proveedor nos informen que la marca es adecuada para sus necesidades médicas. Si es un miembro nuevo de KelseyCare Advantage Signature y utiliza una marca de DME que no figura en nuestra lista, continuaremos con la cobertura de esta marca durante un máximo de 90 días. Durante este período, debe hablar con su doctor para decidir qué marca es médicamente adecuada después de este período de 90 días. (Si no está de acuerdo con su doctor, puede pedirle que lo remita para tener una segunda opinión).	Coseguro del 20% para el equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura del equipo de oxígeno de Medicare es un coseguro del 20%, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses. Si pagó 36 meses de alquiler para la cobertura del equipo de oxígeno antes de inscribirse en KelseyCare Advantage Signature, su costo compartido en KelseyCare Advantage Signature es un coseguro del 20%. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (continuación) Si usted o su proveedor no están de acuerdo con la decisión de cobertura de nuestro plan, pueden presentar una apelación. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión de su proveedor sobre qué producto o marca es adecuada para su afección. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información sobre las apelaciones).	
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son prestados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia. • Son necesarios para evaluar o estabilizar una afección de emergencia. Una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente. Los costos compartidos para los servicios de emergencia necesarios que recibe fuera de la red son iguales que para los mismos servicios que se reciben dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila de Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo.	Copago de $125 por cada consulta en la sala de emergencias cubierta por Medicare. No se aplica el copago si, en un plazo de 3 días, lo vuelven a hospitalizar por la misma afección. Si recibe atención de emergencia en un hospital fuera de la red y necesita recibir atención para pacientes internados después de haber estabilizado su afección de emergencia, debe recibir la atención para pacientes internados en un hospital fuera de la red que el plan autorice y su costo será el costo compartido que pagaría en un hospital de la red. La atención de emergencia fuera de los Estados Unidos está cubierta hasta el monto permitido por Medicare menos su copago. Es posible que tenga gastos de su bolsillo más altos que no se tendrán en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo aparte del copago para la atención de emergencia.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Programas educativos sobre salud y bienestar Estos son programas que se centran en afecciones médicas como presión arterial alta, colesterol, asma o EPOC, diabetes y dietas especiales en asociación con programas de gestión médica. El plan cubre los siguientes programas complementarios de educación y bienestar: • **Beneficio de ejercicio físico/gimnasio**: nuestro programa de ejercicio físico ayuda a los miembros a mantenerse activos física, mental y socialmente. • **Materiales de educación para la salud** • **Boletines informativos** • **Beneficios nutricionales** • **Línea directa de enfermería.** El centro de llamadas de enfermería, disponible las 24 horas del día, está a disposición de los miembros que quieran hacer preguntas relacionadas con la salud, obtener consejos específicos sobre la salud, pedir una evaluación de sus síntomas y recibir recomendaciones de tratamiento. El centro de llamadas de enfermería también puede acceder a la ayuda de los doctores.	Copago de $0 para programas educativos sobre salud y bienestar.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios auditivos Las evaluaciones auditivas de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio realizadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes externos cuando las realiza un doctor, un audiólogo u otro proveedor calificado. **Los beneficios adicionales incluyen lo siguiente:** • Exámenes auditivos de rutina: 1 examen al año • Adaptación y evaluación de audífonos: 1 consulta al año • Audífonos con receta (las baterías de repuesto no están incluidas)	Copago de $20 por cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare. Copago de $0 para 1 examen auditivo de rutina cada año. Copago de $20 por cada consulta para la adaptación y evaluación de audífonos. * Monto máximo de cobertura del plan de $750 por oído para el costo de audífonos no implantables cada tres años. * No cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que corren un mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses. Si usted está embarazada, cubrimos lo siguiente: • Hasta 3 pruebas de detección durante el embarazo.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para pruebas de detección de VIH preventivas cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un doctor debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le preste estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se cubran en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de enfermería especializada y los servicios de un auxiliar de atención médica a domicilio combinados deben totalizar menos de 8 horas por día y 35 horas por semana). • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Servicios médicos y sociales. • Equipo médico y suministros.	Copago de $0 para los servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento de infusión a domicilio El tratamiento de infusión a domicilio implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para realizar una infusión a domicilio son el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulina), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios profesionales, entre ellos, servicios de enfermería, prestados de acuerdo con nuestro plan de atención. • Capacitación y educación del paciente que no se cubran de otro modo según el beneficio de equipo médico duradero. • Supervisión remota. • Servicios de supervisión para la prestación del tratamiento de infusión a domicilio y el suministro de medicamentos de infusión a domicilio proporcionados por un proveedor calificado de tratamiento de infusión a domicilio.	Copago de $0 para que el proveedor de atención médica a domicilio asista al hogar. Coseguro del 0% al 20% para los servicios de tratamiento de infusión a domicilio cubiertos por Medicare. Si el medicamento se obtiene de una farmacia que provee medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar, consulte el Capítulo 6 para conocer el monto de costo compartido. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su doctor y el director médico del hospicio le han dado un pronóstico terminal que certifica que usted tiene una enfermedad terminal y que tiene una expectativa de vida inferior a 6 meses si su enfermedad sigue el curso normal. Usted puede recibir atención a través de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan tiene la obligación de ayudarlo a encontrar programas certificados por Medicare en hospicios que se encuentren en el área de servicio del plan, incluidos aquellos que son nuestros, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El doctor del hospicio puede ser un proveedor dentro o fuera de la red. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamentos para controlar síntomas y aliviar el dolor • Atención de alivio a corto plazo • Atención a domicilio Cuando es ingresado en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si decide hacerlo, deberá continuar pagando las primas del plan.	Cuando se inscribe en un programa de hospicio certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su pronóstico terminal los paga Original Medicare, y no KelseyCare Advantage Signature. Copago de $0 por un servicio de consulta de hospicio antes de la elección del hospicio.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio (continuación) **Para los servicios de hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que se relacionan con su pronóstico terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor de hospicio por sus servicios en el hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su pronóstico terminal. Mientras esté en el programa de hospicio, su proveedor de hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare. **Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no se relacionan con su pronóstico terminal:** Si necesita servicios que no sean de emergencia ni de urgencia que estén cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y que no estén relacionados con su pronóstico terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y cumple con las normas del plan (tal como en el caso de que se requiera obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red, y cumple con las normas del plan para obtener dichos servicios, solo pagará el monto del costo compartido del plan para los servicios dentro de la red. • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido conforme a Original Medicare.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención en un hospicio (continuación) **Para los servicios cubiertos por KelseyCare Advantage Signature pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare:** KelseyCare Advantage Signature seguirá cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos según la Parte A ni la Parte B, ya sea que estén relacionados o no con su pronóstico terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D de nuestro plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición de enfermo terminal en un hospicio, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Para obtener más información, consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5). **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionada con su pronóstico terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios. Nuestro plan cubre servicios de consulta de hospicio (solo una vez) para una persona con una enfermedad terminal que no haya elegido el beneficio de hospicio.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare son los siguientes: • Vacunas contra la neumonía. • Vacunas antigripales, una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, y vacunas antigripales adicionales si son médicamente necesarias. • Vacunas contra la hepatitis B si tiene un riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B. • Vacunas contra el COVID-19. • Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare. También cubrimos la mayoría de las demás vacunas para adultos en virtud de los beneficios de cobertura para medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 8 del Capítulo 6 para obtener más información.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios de cuidados agudos, de rehabilitación, de atención a largo plazo y de otros tipos para pacientes internados. La atención hospitalaria para pacientes internados comienza el día en que ingresa formalmente al hospital con una orden del doctor. El día anterior a su alta médica es su último día como paciente internado. Tiene hasta 90 días por período de beneficios para hospitalizaciones cubiertas por Medicare. Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida; los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida. La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario). • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería permanentes. • Costos de las unidades de cuidados especiales (por ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios).	Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga: Copago de $150 por día para los días 1-4. Copago de $0 por día para los días 5-90 (si está disponible). Tras alcanzar el monto máximo de $600 que paga de su bolsillo para beneficios en cada estadía hospitalaria, el plan cubrirá el resto de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que cumplan con los requisitos. 60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de $0 por día. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Medicamentos. • Análisis de laboratorio. • Radiografías y otros servicios de radiología. • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas. • Costos de la sala de operaciones y de recuperación. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje. • Servicios para trastornos por abuso de sustancias tóxicas para pacientes internados. • En determinadas condiciones, se cubren los siguientes tipos de trasplantes: córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón y pulmón, médula ósea, células madre, e intestinos y múltiples vísceras. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si usted es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se encuentran fuera del esquema de atención en la comunidad, usted puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplantes estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si KelseyCare Advantage Signature presta servicios de trasplante en un lugar fuera del esquema de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige hacerse el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención hospitalaria para pacientes internados (continuación) • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos recién comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite. Debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien usted mismo u otra persona debe donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos. **Nota:** Para ser un paciente internado, su proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen formalmente como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente internado o externo, consulte con el personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de datos de Medicare denominada Medicare Hospital Benefits (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Nuestro plan cubre 90 días por período de beneficios. Nuestro plan también cubre 60 días de reserva de por vida; los miembros tienen un total de 60 días de reserva que pueden ser utilizados durante su vida. Recibe hasta 190 días de por vida de atención hospitalaria psiquiátrica para pacientes internados cubierta por Medicare. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes internados que se brindan en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Para la atención de salud mental para pacientes internados cubierta por Medicare, usted paga: Copago de $150 por día para los días 1-4; copago de $0 para los días 5-90 (si está disponible). Tras alcanzar el monto máximo de $600 que paga de su bolsillo para beneficios en cada estadía hospitalaria, el plan cubrirá el resto de los costos que paga de su bolsillo para los servicios que cumplan con los requisitos. 60 días de reserva de por vida están cubiertos por un copago de $0 por día (si está disponible). **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha utilizado todos sus beneficios para pacientes internados o si la hospitalización no es razonable ni necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que reciba mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos. • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio). • Tratamiento con radiografías, radio e isótopos, incluidos los servicios y materiales de los técnicos. • Vendajes quirúrgicos. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Dispositivos ortésicos y protésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido adyacente), o una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funcione bien o que haya dejado de funcionar permanentemente, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos. • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos los ajustes, las reparaciones y los reemplazos necesarios por rotura, desgaste, pérdida o un cambio en el estado físico del paciente. • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional.	**Servicios médicos** Consulte la fila de Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor. **Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y entablillados** Consulte la fila de Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos** Consulte la fila de Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados. **Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional** Consulte la fila de Servicios de rehabilitación para pacientes externos.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Terapia médica nutricional Este beneficio es para las personas con diabetes, enfermedad renal (del riñón) (pero no con tratamiento de diálisis) o después de un trasplante de riñón con una solicitud del doctor. Cubrimos 3 horas de servicios de asesoramiento individual durante el primer año que recibe los servicios de terapia médica nutricional en virtud de Medicare (esto incluye nuestro plan, cualquier plan Medicare Advantage u Original Medicare) y 2 horas cada año, después de este. Si su afección, tratamiento o diagnóstico cambian, puede recibir más horas de tratamiento con una solicitud del doctor. El doctor debe recetar estos servicios y renovar la solicitud todos los años si hay que continuar con el tratamiento el siguiente año calendario.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del Programa de prevención de la diabetes de Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) están cubiertos para las personas elegibles a través de todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambios en la dieta a largo plazo, aumento de la actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar desafíos a fin de mantener la pérdida de peso y un estilo de vida saludable.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio del MDPP.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare **La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura de estos medicamentos a través de nuestro plan. Los medicamentos cubiertos incluyen los siguientes:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe servicios de un doctor, un hospital para pacientes externos o un centro quirúrgico ambulatorio. • Insulina proporcionada a través de un elemento del equipo médico duradero (como una bomba de insulina médicamente necesaria). • Otros medicamentos que se administran con equipo médico duradero (por ejemplo, nebulizadores) autorizados por nuestro plan. • El medicamento para el Alzheimer Leqembi® (su nombre genérico es lecanemab), que se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite estudios y pruebas adicionales antes del tratamiento o durante este que podrían aumentar sus costos totales. Consulte a su doctor sobre los estudios y pruebas que puede necesitar como parte de su tratamiento. • Factores de la coagulación que se aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia.	Coseguro del 0% al 20% para los medicamentos cubiertos por la Parte B de Medicare, incluida la quimioterapia cubierta por la Parte B. No pagará más de $35 al mes por la insulina cubierta de la Parte B. No se aplican los deducibles por categoría de servicio ni por nivel de plan. **Se requiere autorización previa.** Algunos medicamentos pueden estar sujetos al tratamiento escalonado.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Si Medicare cubrió su trasplante de órgano, Medicare cubrirá el tratamiento farmacológico para el trasplante. Debe tener la Parte A cuando se realice el trasplante cubierto y debe tener la Parte B cuando reciba los medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el doctor confirme que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento. • Algunos antígenos: Medicare cubre los antígenos si un doctor los prepara y una persona debidamente capacitada (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada. • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos medicamentos orales para tratar el cáncer si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco del medicamento inyectable (un profármaco es una presentación oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se transforma en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable). A medida que haya nuevos medicamentos orales para tratar el cáncer, podrían ser cubiertos por la Parte B. Si la Parte B no los cubre, lo hace la Parte D.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) • Medicamentos orales para el tratamiento de las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para el tratamiento de las náuseas utilizados como parte de un tratamiento de quimioterapia para el cáncer si se administran antes de la quimioterapia, durante esta o en las 48 horas siguientes a la quimioterapia, o si se utilizan como sustitución terapéutica total de un medicamento intravenoso para el tratamiento de las náuseas. • Determinados medicamentos para la enfermedad renal terminal (ESRD) cubiertos por la Parte B de Medicare. • Medicamentos calcimiméticos y aglutinantes de fosfato incluidos en el sistema de pago de la ESRD, inclusive el medicamento intravenoso Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar®. • Determinados medicamentos para autodiálisis en su hogar, incluidos heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos. • Fármacos estimuladores de la eritropoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina inyectable si padece enfermedad renal terminal (ESRD) o si necesita este medicamento para tratar la anemia causada por otras enfermedades (como Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera® o metoxi-polietilenglicol epoetina beta). • Inmunoglobulina intravenosa para el tratamiento en el hogar de deficiencias inmunitarias primarias. • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y por sonda).	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Medicamentos de la Parte B de Medicare (continuación) Mediante el siguiente enlace accederá a una lista de medicamentos de la Parte B que pueden estar sujetos a tratamiento escalonado: www.kelseycareadvantage.com. También cubrimos algunas vacunas con el beneficio para medicamentos de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos con la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio para medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D a través de nuestro plan se incluye en el Capítulo 6.	
Prueba de detección de obesidad y tratamiento para fomentar la pérdida de peso continua Si usted tiene un índice de masa corporal de 30 o más, cubrimos asesoramiento intensivo para ayudarlo a perder peso. Este asesoramiento se cubre si usted lo recibe en un establecimiento de atención primaria, donde se puede coordinar con su plan integral de prevención. Para obtener más información, consulte con su especialista o doctor de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los tratamientos y las pruebas de detección preventivos de obesidad.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios del programa de tratamiento de opioides Los miembros de nuestro plan con un trastorno por consumo de opioides (Opioid Use Disorder, OUD) pueden recibir cobertura para servicios de tratamiento del OUD a través de un Programa de tratamiento de opioides (Opioid Treatment Program, OTP) que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos agonistas y antagonistas de opioides aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos para el tratamiento asistido con medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos para el MAT (si corresponde) • Asesoramiento para el consumo de sustancias • Terapia individual y grupal • Pruebas de toxicología • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas	Servicios de doctores o profesionales: Copago de $0 por cada consulta con un doctor de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $20 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Atención de salud mental para pacientes externos: Sesiones individuales/grupales de salud mental: Copago de $20. Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare: Coseguro del 0% al 20% para medicamentos que forman parte de los servicios del programa de tratamiento de opioides. Consulte “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos” para conocer los montos de copago/coseguro si se solicitan pruebas durante los servicios de tratamiento.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías. • Tratamiento de radiación (radio e isótopos), incluidos los suministros y materiales de los técnicos. • Suministros quirúrgicos, por ejemplo, vendajes. • Entablillados, yesos y otros dispositivos que se utilizan para reducir fracturas y dislocaciones. • Análisis de laboratorio. • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos recién comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien usted mismo u otra persona debe donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Pruebas diagnósticas que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su doctor u otro proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico. • Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.	**Radiografías para pacientes externos** Copago de $0 para los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** Copago de $50 para servicios cubiertos por Medicare (como el tratamiento de radioterapia para el cáncer), incluida la radioterapia de intensidad modulada (intensity modulated radiation therapy, IMRT), por cada día de servicio. **Suministros médicos** Coseguro del 20% para los suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** Copago de $0 para los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de sangre** Copago de $0 para los servicios cubiertos por Medicare. **Pruebas y procedimientos de diagnóstico** Copago de $0 a $25 para los servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología de diagnóstico** Copago de $25 a $200 para los servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas). También se pueden aplicar copagos de diagnóstico para las pruebas realizadas antes, durante o después de la radioterapia. Se pueden aplicar otros copagos para pacientes externos si los proporciona una compañía para un doctor. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Observación hospitalaria para pacientes externos Los servicios de observación son servicios hospitalarios para pacientes externos proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente internado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes externos tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación se cubren solo cuando se prestan a partir de la orden de un doctor o de otra persona autorizada por la ley de licencias del Estado y los reglamentos para el personal del hospital para ingresar a pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes externos. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital. Para obtener más información, consulte la hoja de datos de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare). Esta hoja de datos se encuentra disponible en www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf o llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.	Copago de $300 por estadía para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios hospitalarios para pacientes externos Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento para pacientes externos de un hospital para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios en un departamento de emergencias o una clínica para pacientes externos, como servicios de observación o cirugía para pacientes externos. • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital. • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un doctor certifica que el tratamiento con internación podría ser requerido sin esta atención. • Radiografías y otros servicios de radiología facturados por el hospital. • Suministros médicos, como entablillados y yesos. • Algunos medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. Si no está seguro de si es un paciente externo, consulte con el personal del hospital.	**Servicios de emergencia:** consulte la fila de Atención de emergencia. **Cirugía para pacientes externos:** consulte la fila de Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios y la fila de Observación hospitalaria para pacientes externos. **Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos:** consulte la fila de Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos. **Atención de salud mental y hospitalización parcial:** consulte la fila de Atención de salud mental para pacientes externos y la fila de Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos. **Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar:** consulte la fila de Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención de salud mental para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, orientador profesional autorizado (licensed professional counselor, LPC), terapeuta de pareja y familia autorizado (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental autorizado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	Copago de $20 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes externos se prestan en varios entornos para pacientes externos, como departamentos para pacientes externos de hospitales, consultorios de terapeutas independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF).	Copago de $15 por cada consulta de fisioterapia o terapia del habla cubierta por Medicare. Copago de $20 por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de $20 por otras consultas de terapia aprobadas por Medicare, incluido el cuidado de heridas y del linfedema proporcionado por terapeutas. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para trastornos por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios por abuso de sustancias prestados por un psiquiatra o doctor autorizado por el Estado, psicólogo clínico, asistente social clínico, especialista en enfermería clínica, enfermero practicante, asistente médico u otro profesional de atención de salud mental calificado según Medicare, de conformidad con lo permitido por la legislación estatal aplicable. La cobertura incluye los servicios de tratamientos que se prestan en el departamento para pacientes externos de un hospital para pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento por abuso de sustancias tóxicas o que necesitan tratamiento, pero no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que son exclusivos del ámbito hospitalario. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas normas que por lo general aplican a la cobertura de los servicios hospitalarios para pacientes externos.	Copago de $20 por cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si se someterá a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si lo considerarán un paciente internado o externo. A menos que el proveedor deje por escrito una orden de admisión como paciente internado, usted es un paciente externo y paga los montos del costo compartido por cirugía para pacientes externos. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo. **Centro de cirugía ambulatoria (ASC)** KelseyCare Advantage Signature ofrece cobertura para cirugías médicamente necesarias en un centro de cirugía ambulatoria (Ambulatory Surgery Center, ASC) que no está incluido en la lista de ASC elegibles para pagos de los CMS en virtud de Original Medicare. Su proveedor puede optar por realizar en un ASC un procedimiento que, por lo general, se realiza en un entorno hospitalario ambulatorio.	Para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio, usted paga un copago de $200. Para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio, usted paga un copago de $300. Copago de $300 para otros servicios hospitalarios para pacientes externos, por ejemplo: quimioterapia, estudios de diagnóstico del sueño o estadía de observación. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Artículos de venta libre (OTC) Los artículos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) son medicamentos y productos relacionados con la salud que no requieren receta. Su cobertura incluye artículos de salud de venta libre sin receta. Los artículos de venta libre son medicamentos y productos relacionados con la salud que no requieren receta. Su cobertura incluye artículos de venta libre relacionados con la salud que no requieren receta, como vitaminas, analgésicos, medicamentos para la tos y el resfriado, y artículos de primeros auxilios. • Terapia de reemplazo de nicotina (Nicotine Replacement Therapy, NRT) • Naloxona Estos artículos están disponibles sin receta y no están cubiertos por la Parte A, la Parte B o la Parte D de Medicare. Solo usted puede utilizar su beneficio, y los artículos de venta libre están destinados solo para su uso personal. Usted cuenta con la flexibilidad de comprar artículos de venta libre en la tienda, en línea, por teléfono o a través de un catálogo. **En la tienda:** recibirá una tarjeta de beneficios de venta libre para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan en su tienda minorista de venta libre de la red local. **En línea:** visite www.KCAOTC.com. Por teléfono: llame gratis a un promotor de venta libre al 800-688-2719 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 11:00 p. m. (hora del este), excepto los días festivos.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los artículos de venta libre aprobados por el plan. Monto máximo de cobertura del plan de $25 cada 3 meses para artículos de venta libre. Si no utiliza la totalidad del monto de su beneficio trimestral de venta libre, el saldo restante no se trasladará al siguiente trimestre o año calendario. Puede realizar un máximo de cuatro (4) pedidos en línea, por teléfono o por correo cada trimestre de artículos de venta libre aprobados por el plan. Para comprar artículos de venta libre aprobados por el plan, debe utilizar su tarjeta de beneficios de venta libre en tiendas minoristas de venta libre de la red. Los períodos del beneficio trimestral de venta libre son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Artículos de venta libre (continuación) **Por correo:** rellene y envíe el formulario de pedido de venta libre que figura en el catálogo de productos de venta libre. Tenga en cuenta lo siguiente: • Esta lista de productos está sujeta a modificaciones. Los artículos, las cantidades, los tamaños y los valores pueden cambiar según la disponibilidad. Para obtener la lista más actualizada de los productos de venta libre disponibles, visite www.KCAOTC.com. Puede haber limitaciones en cuanto a la cantidad de un mismo artículo que se puede pedir. • Si su compra en la tienda de artículos de venta libre aprobados es superior a la asignación proporcionada, usted será responsable de pagar la diferencia. • Si sus compras son menores que la asignación proporcionada en un período determinado, el monto restante no se transferirá al siguiente mes. • El total de su compra se aplicará al trimestre en el que se procesó la transacción. • **Consulte su catálogo de productos de venta libre para obtener una lista completa de los artículos de venta libre aprobados por el plan o llame a un promotor de venta libre para obtener más información.** Puede encontrar información adicional en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos La hospitalización parcial es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo suministrado como un servicio hospitalario para pacientes externos o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de pareja y familia autorizado (LMFT) o del orientador profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización. El servicio intensivo para pacientes externos es un programa estructurado de tratamiento activo para la salud del comportamiento (mental) ofrecido en el departamento para pacientes externos de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un centro de salud calificado federalmente o una clínica de salud rural, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del doctor, del terapeuta, del terapeuta de pareja y familia autorizado (LMFT) o del orientador profesional autorizado, pero menos intenso que la hospitalización parcial. **Nota:** Debido a que no hay centros comunitarios de salud mental en nuestra red, cubrimos la hospitalización parcial solo como servicio hospitalario para pacientes externos.	Copago de $175 por día para los servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que se reciben en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes externos de un hospital o cualquier otra ubicación. • Consultas con un especialista, y diagnóstico y tratamiento a cargo de un especialista. • Exámenes auditivos básicos y relacionados con el equilibrio realizados por su especialista, si el doctor así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico. • Ciertos servicios de telesalud, incluyendo: Servicios de doctores de atención primaria, servicios de especialistas, sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental. o Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o por telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios por telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca ese servicio. o Las visitas y consultas electrónicas, por video y por teléfono son beneficios cubiertos para los proveedores contratados y para los proveedores contratados de salud mental. o Algunos servicios de telesalud, incluyendo la consulta, el diagnóstico y el tratamiento por parte de un doctor o profesional, para pacientes de determinadas zonas rurales u otros lugares aprobados por Medicare.	<u>Consultas en persona</u> Copago de $0 por cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare. Copago de $20 por cada consulta con un especialista cubierta por Medicare. Copago de $0 para las pruebas de alergia y el suero para la alergia cubiertos por Medicare. <u>Consultas virtuales/por telesalud</u> Copago de $0 por cada consulta por telesalud con un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare. *(Visitas y consultas electrónicas, por video y por teléfono)* Copago de $15 por cada consulta por telesalud con un especialista, profesional de la salud mental u otro proveedor cubierta por Medicare. *(Consultas por video)* Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” para encontrar los montos de los coseguros si le administran un medicamento de la Parte B durante la consulta. **Es posible que deba obtener autorización previa, salvo para servicios de atención primaria.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación) • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros que se realizan diálisis en el hogar en un centro de diálisis renal basado en un hospital o basado en un hospital de acceso crítico, centro de diálisis renal o el hogar del miembro. • Servicios de telesalud para diagnosticar, evaluar o tratar síntomas de una apoplejía independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para miembros con un trastorno por consumo de sustancias o un trastorno de salud mental concurrente, independientemente de su ubicación. • Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental si: o Tiene una consulta en persona durante los 6 meses previos a su primera consulta por telesalud o Tiene una consulta en persona cada 12 meses mientras recibe estos servicios de telesalud o Se pueden realizar excepciones a lo mencionado anteriormente en determinadas circunstancias • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por las Clínicas de salud rurales y los Centros de salud federalmente calificados.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación) • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor **en los siguientes casos**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días **y** o El control no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envíe a su doctor, incluida la interpretación y el seguimiento del doctor dentro de las 24 horas **en los siguientes casos**: o Usted no es un paciente nuevo **y** o La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días **y** o La evaluación no da lugar a una consulta en el consultorio dentro de las próximas 24 horas o a la cita disponible más cercana. • Consultas que su doctor tenga con otros doctores por teléfono, Internet o registro de salud electrónico. • Segunda opinión de otro proveedor de la red antes de la cirugía.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor (continuación) • Atención odontológica que no sea de rutina (los servicios cubiertos se limitan a cirugía de la mandíbula o estructuras relacionadas, corrección de fracturas de la mandíbula o de huesos faciales, extracción de dientes para preparar la mandíbula para aplicar radioterapia por una enfermedad neoplásica o servicios que estarían cubiertos si los prestara un doctor). • Servicios de telesalud prestados por terapeutas ocupacionales (occupational therapists, OT), fisioterapeutas (physical therapists, PT), patólogos del habla y del lenguaje (speech-language pathologists, SLP) y audiólogos cualificados.	
Servicios de podiatría Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico de lesiones y enfermedades de los pies (por ejemplo, dedo en martillo o espolones calcáneos). • Cuidado de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores.	Copago de $20 por cada consulta de servicios de podiatría cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene el VIH, pero su doctor u otro profesional de la salud determina que corre un mayor riesgo de contraerlo, cubrimos la medicación de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si reúne los requisitos, los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Medicamento oral o inyectable para la PrEP aprobado por la FDA. Si recibe un medicamento inyectable, también cubrimos los gastos de la inyección. • Hasta 8 sesiones individuales de asesoramiento (incluida la evaluación del riesgo de infección por VIH, la reducción del riesgo de infección por VIH y la adherencia a la medicación) cada 12 meses. • Hasta 8 pruebas de detección de VIH cada 12 meses. Una única prueba de detección del virus de la hepatitis B.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.
Pruebas de detección de cáncer de próstata Para los hombres de 50 años o más, los servicios cubiertos incluyen los siguientes estudios una vez cada 12 meses: • Tacto rectal. • Análisis del antígeno prostático específico (Prostate Specific Antigen, PSA).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para un análisis anual del PSA.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados Dispositivos (no odontológicos) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, adaptaciones y capacitación en el uso de dispositivos protésicos y ortopédicos, así como bolsas de colostomía y suministros directamente relacionados con el cuidado de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, miembros artificiales y prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. También se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte Atención de la vista más adelante en esta tabla).	Coseguro del 20% para los dispositivos protésicos y ortésicos cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para suministros relacionados cubiertos por Medicare. **Se requiere autorización previa.**
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas intensivos de rehabilitación pulmonar se cubren para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de moderada a muy grave y tienen una solicitud del doctor que atiende su enfermedad respiratoria crónica para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar.	Copago de $15 por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare. **Se requiere autorización previa.**
Tecnología de acceso remoto El beneficio incluye lo siguiente: • Línea directa de enfermería al 713-442-0000 después de las 5:00 p. m. y los fines de semana y días festivos.	Copago de $0 para consultas mediante el beneficio de la línea directa de enfermería.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol Cubrimos una prueba de detección de abuso de alcohol para adultos (incluidas mujeres embarazadas) que abusan del alcohol pero que no son dependientes. Si el resultado de la prueba de detección de abuso de alcohol es positivo, usted puede obtener hasta 4 sesiones breves de asesoramiento personales por año (si demuestra ser competente y estar alerta durante el asesoramiento) brindado por un doctor o profesional de atención primaria calificado en un establecimiento de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una tomografía computarizada de baja dosis (Low Dose Computed Tomography, LDCT) cada 12 meses. **Los miembros elegibles deben cumplir con los siguientes requisitos**: tener entre 50 y 77 años y no tener signos ni síntomas de cáncer de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 años/paquete y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años, y recibir una orden de parte de un doctor o un profesional no médico calificado para realizarse una LDCT durante una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas, que cumpla con los criterios de Medicare para dichas consultas.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare ni para la LDCT.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (continuación) *Para poder realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT después de la prueba de detección con LDCT inicial*: los miembros deben recibir una orden para realizarse una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT, que puede proporcionar un doctor o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un doctor o profesional no médico calificado elige realizar una consulta de asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de toma de decisiones compartidas para realizar una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare.	
Pruebas de detección de la infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de la hepatitis C si su doctor de atención primaria u otro proveedor de atención médica cualificado la solicita y usted cumple una de estas condiciones: • Corre un riesgo elevado porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Le hicieron una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se le considera de alto riesgo, pagamos la prueba de detección una sola vez. Si corre un riesgo elevado (por ejemplo, si ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su anterior prueba de detección de la hepatitis C con resultado negativo), cubrimos las pruebas de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Prueba de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y asesoramiento para prevenirlas Cubrimos pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) como clamidia, gonorrea, sífilis y hepatitis B. Estas pruebas de detección se cubren para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que corren un mayor riesgo de tener ETS cuando un proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales de asesoramiento conductual sumamente intensivo de 20 a 30 minutos cada año para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de sufrir ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si las brinda un proveedor de atención primaria y se realizan en un establecimiento de atención primaria, como en el consultorio de un doctor.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su doctor, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida. • Tratamientos de diálisis para pacientes externos (incluso tratamientos de diálisis cuando está temporalmente fuera del área de servicio, tal como se explica en el Capítulo 3, o cuando su proveedor para este servicio no esté disponible o no sea posible comunicarse con él temporalmente). • Tratamientos de diálisis para pacientes internados (si se lo ingresa al hospital para recibir atención especial). • Preparación para autodiálisis (incluye su preparación y la de cualquier otra persona que lo ayude con los tratamientos de diálisis en su hogar). • Equipos y suministros para autodiálisis en su hogar. • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, visitas de trabajadores especializados en diálisis para verificar cómo va con la autodiálisis en su hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua).	Copago de $0 para servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. Coseguro del 20% para los servicios de diálisis cubiertos por Medicare. **No se requiere autorización previa para los servicios de diálisis renal.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios para el tratamiento de enfermedades renales (continuación) Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura de medicamentos de la Parte B, consulte la sección **Medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla.	
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (SNF) (En el Capítulo 12, encontrará una definición de centro de atención de enfermería especializada. En ocasiones, los centros de atención de enfermería especializada suelen denominarse SNF). Tiene hasta 100 días por período de beneficios para estadías en SNF cubiertas por Medicare. La manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF): Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios. Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Habitación semiprivada (o privada si es médicamente necesario).	No se requiere hospitalización previa a la admisión. Por cada estadía en un SNF cubierta por Medicare, usted paga: Copago de $0 por día para los días 1-20; copago de $218 para los días 21-100. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (continuación) • Comidas, incluidas dietas especiales. • Servicios de enfermería especializada. • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. • Medicamentos administrados como parte de nuestro plan de atención (esto incluye sustancias naturalmente presentes en el organismo, como los factores de la coagulación de la sangre). • Sangre: se incluye almacenamiento y administración. La cobertura de la sangre completa y el concentrado de glóbulos rojos recién comienza con la cuarta pinta de sangre que necesite; debe pagar los costos de las 3 primeras pintas de sangre que reciba en un año calendario, o bien usted mismo u otra persona debe donar la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta utilizada. • Suministros médicos y quirúrgicos que suelen proporcionar los SNF. • Análisis de laboratorio que suelen hacerse en los SNF. • Radiografías y otros servicios de radiología que suelen hacerse en los SNF. • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que suelen proporcionar los SNF. • Servicios de doctores o profesionales.	

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (continuación) Generalmente, los servicios en un SNF se obtienen en centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, usted podrá pagar el costo compartido dentro de la red por un centro que no sea proveedor de la red, si dicho centro acepta los montos de pago de nuestro plan. • Un centro de cuidados o una comunidad de atención continua para jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que preste servicios de un centro de atención de enfermería especializada). • Un SNF donde su cónyuge o pareja esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital.	
Servicios para dejar de fumar y consumir tabaco (asesoramiento para dejar de fumar o consumir tabaco) El asesoramiento para dejar de fumar y consumir tabaco está cubierto para los pacientes externos e internados que cumplan estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de que presenten o no signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Son competentes y están alerta durante el asesoramiento. • Un doctor cualificado u otro profesional reconocido por Medicare proporciona el asesoramiento. Cubrimos 2 intentos de dejar de fumar al año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Tratamiento con ejercicios supervisados (SET) El tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised Exercise Therapy, SET) se cubre para los miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática y una remisión para PAD del doctor responsable del tratamiento de la PAD. Se cubren hasta 36 sesiones en un período de 12 semanas si se cumplen los requisitos del programa de SET. El programa de SET debe cumplir con lo siguiente: • Consistir en sesiones que duren entre 30 y 60 minutos y que consten de un programa de kinesioterapia para PAD en pacientes con claudicación. • Llevarse a cabo en un entorno hospitalario para pacientes externos o en el consultorio de un doctor. • Ser proporcionado por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños y que esté capacitado en kinesioterapia para la PAD. • Estar bajo la supervisión directa de un doctor, asistente médico, enfermero practicante o especialista en enfermería clínica, que debe estar capacitado en técnicas de soporte vital avanzado y básico. El SET podría cubrirse por 36 sesiones adicionales en un período de tiempo extendido, más allá de las 36 sesiones en 12 semanas, si un proveedor de atención médica considera que es médicamente necesario.	Copago de $20 por cada consulta para SET cubierta por Medicare. **Se requiere autorización previa.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Servicios de transporte (de rutina) Se brinda cobertura de transporte no médico, no de emergencia, para transporte de rutina a citas y centros médicos dentro del área de servicio con otros medios de transporte cubiertos, como automóvil, camioneta, furgoneta y vehículo adaptado para sillas de ruedas.	Copago de $0 para viajes ilimitados a ubicaciones aprobadas por el plan cada año. El transporte se limita a consultas y centros médicos dentro del área de servicio del plan KelseyCare Advantage. Los vehículos con acceso para sillas de ruedas deben solicitarse con al menos 24 horas de antelación. Este beneficio no cubre el transporte en camilla o ambulancia (SVA o SVB).
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, sin ser una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso dentro de dicha área, pero no es razonable, teniendo en cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo cobrarle los gastos compartidos dentro de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes imprevistos de enfermedades existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente. La atención de urgencia está cubierta dentro de los Estados Unidos.	Copago de $25 por cada consulta cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de doctores para pacientes externos para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades y lesiones de los ojos, incluido el tratamiento de la degeneración macular relacionada con la edad. Original Medicare no cubre exámenes de la vista de rutina (refracción de la vista) para anteojos o lentes de contacto. • Para las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que tienen alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos de 50 años o más y los hispanoamericanos de 65 años o más. • Para las personas con diabetes, se cubre una prueba de detección de retinopatía diabética por año. • Un par de anteojos o lentes de contacto después de cada cirugía de cataratas que incluya la colocación de una lente intraocular. Si se somete a 2 operaciones de cataratas por separado, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 pares de anteojos después de la segunda cirugía. • Examen de la vista de rutina. • Asignación para lentes y accesorios de rutina.	**Atención de la vista cubierta por Medicare** Copago de $20 para cada examen de la vista cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de los ojos. Copago de $0 para 1 examen de la vista de rutina. Consulte “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare” para encontrar los montos de los coseguros si le administran un medicamento de la Parte B durante la consulta. Copago de $0 por una prueba anual de detección de glaucoma. Copago de $0 para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas. Cubierto al 100% hasta el monto permitido por Medicare. * Límite de cobertura del plan de $125 cada año para lentes y accesorios, anteojos o lentes de contacto no relacionados con la cirugía de cataratas. La asignación solo se puede usar en una fecha de servicio. *** No cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo.**

Servicio cubierto	Lo que le corresponde pagar
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita (incluidas ciertas pruebas de detección y vacunas), y remisiones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante:** Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al personal del consultorio de su doctor que quiere programar su consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.
Servicios de atención de emergencia en todo el mundo El beneficio incluye lo siguiente: • Atención de emergencia • Servicios de transporte de emergencia	Coseguro del 20% por cada consulta de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Coseguro del 20% por cada servicio de transporte de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país. El plan pagará el 80% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran obtenido en los Estados Unidos y sus territorios. No hay cobertura mundial para la atención fuera de la sala de emergencias, el transporte de emergencia o el ingreso hospitalario de emergencia. Límite máximo de cobertura del plan de $20,000 de por vida.

Detalles de la cobertura de beneficios odontológicos para 2026

Los siguientes beneficios odontológicos están cubiertos en su plan KelseyCare Advantage Signature cuando son tratados por un odontólogo que participa en nuestra red, hasta el monto máximo de cobertura anual; cualquier monto por encima del monto máximo de cobertura del plan es la responsabilidad del miembro. No tendrá cobertura si acude a un odontólogo fuera de la red.

Servicios odontológicos preventivos

Evaluaciones orales clínicas

- D0120 - Evaluación oral periódica, 1 cada 6 meses
- D0140 - Evaluación oral limitada, 1 cada 12 meses
- D0150 - Evaluación oral integral (nuevo o establecido), 1 cada 12 meses
- D0160 - Evaluación oral exhaustiva centrada en el problema, 1 cada 12 meses

Radiografías/diagnóstico por imagen

- D0210 - Serie completa - intraoral (incluyendo aletas de mordida)*, 1 cada 12 meses
- D0220 - Primera radiografía periapical - intraoral, 1 cada 12 meses
- D0230 - Cada radiografía periapical - intraoral adicional, 1 cada 12 meses
- D0240 - Radiografía oclusal intraoral, 1 cada 12 meses
- D0270 - Radiografía única de aletas de mordida, 1 cada 12 meses
- D0272 - Dos radiografías de aletas de mordida, 1 cada 12 meses
- D0273 - Tres radiografías de aletas de mordida, 1 cada 12 meses
- D0274 - Cuatro radiografías de aletas de mordida, 1 cada 12 meses
- D0277 - 7 a 8 imágenes verticales de aletas de mordida, 1 cada 12 meses*
- D0330 - Radiografía panorámica, 1 cada 12 meses*

* La cobertura es para la radiografía panorámica D0330 o la serie D0210 intraoral completa, una vez cada 12 meses. Las imágenes verticales de aletas de mordida (D0277) no pueden facturarse junto con una serie completa.

Limpiezas dentales

• D1110 - Profilaxis (adulto), 1 cada 6 meses

Todos los demás códigos no detallados aquí no están cubiertos y son la responsabilidad del miembro.

Servicios odontológicos integrales:

Servicios de restauración (hasta 4 empastes totales al año)

- D2140 - Amalgama (una superficie, primaria o permanente)
- D2150 - Amalgama (dos superficies, primaria o permanente)
- D2160 - Amalgama (tres superficies, primaria o permanente)
- D2161 - Amalgama (cuatro superficies, primaria o permanente)
- D2330 - Compuesto a base de resina (una superficie, anterior)
- D2331 - Compuesto a base de resina (dos superficies, anterior)
- D2332 - Compuesto a base de resina (tres superficies, anterior)
- D2335 - Compuesto a base de resina (cuatro o más superficies, anterior)
- D2391 - Compuesto a base de resina (una superficie, posterior)
- D2392 - Compuesto a base de resina (dos superficies, posterior)
- D2393 - Compuesto a base de resina (tres o más superficies, posterior)
- D2394 - Compuesto a base de resina (cuatro o más superficies, posterior)

Servicios de endodoncia

D3110 o D3120 – un código por 60 meses
D3310, D3320, D3330 – un código por 60 meses

- D3110 - Recubrimiento pulpar directo
- D3120 - Recubrimiento pulpar indirecto
- D3310 - Tratamiento final, diente anterior: 1 de por vida
- D3320 - Tratamiento final, diente bicúspide: 1 de por vida
- D3330 - Tratamiento final, molar: 1 de por vida
- D3346 - Repetición del tratamiento de conducto, anterior
- D3347 - Repetición del tratamiento de conducto, bicúspide
- D3348 - Repetición del tratamiento de conducto, molar

Servicios de periodoncia

- D4341 - Raspado periodontal y alisado radicular, por cuadrante; 4 cuadrantes cada 24 meses
- D4342 - Raspado periodontal y alisado radicular, de 1 a 3 dientes; 4 cuadrantes cada 24 meses
- D4355 - Desbridamiento de toda la boca, 1 cada 12 meses
- D4910 - Mantenimiento periodontal, 1 cada 6 meses

Prostodoncia, extraíble

D5110, D5130, D5211 o D5213 – un código por 60 meses
D5120, D5140, D5212 o D5214 – un código por 60 meses

- D5110 - Dentadura completa, maxilar: 1 cada 60 meses
- D5120 - Dentadura completa, mandibular: 1 cada 60 meses
- D5130 - Dentadura inmediata, maxilar (en lugar de D5110): 1 cada 60 meses

- D5140 - Dentadura inmediata, mandibular (en lugar de D5120): 1 cada 60 meses
- D5211 - Dentadura parcial maxilar de resina: 1 cada 60 meses
- D5212 - Dentadura parcial mandibular de resina: 1 cada 60 meses
- D5213 - Dentadura parcial maxilar, estructura de metal colado: 1 cada 60 meses
- D5214 - Dentadura parcial mandibular, estructura de metal colado: 1 cada 60 meses
- D5221 - Dentadura parcial maxilar inmediata, base de resina: 1 cada 60 meses
- D5222 - Dentadura parcial mandibular inmediata, base de resina: 1 cada 60 meses
- D5225 - Dentadura parcial maxilar flexible: 1 cada 60 meses
- D5226 - Dentadura parcial mandibular flexible: 1 cada 60 meses

Servicios de prostodoncia

Ajustes de dentaduras (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)

- D5410 - Ajuste de la dentadura completa – Maxilar
- D5411 - Ajuste de la dentadura completa – Mandibular
- D5421 - Ajuste de la dentadura parcial – Maxilar
- D5422 - Ajuste de la dentadura parcial – Mandibular

Reparaciones de dentaduras completas (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)

- D5511 - Reparación de la base de la dentadura completa fracturada - Mandibular
- D5512 - Reparación de la base de la dentadura completa fracturada - Maxilar
- D5520 - Reparación de dientes perdidos o rotos – Dentadura completa

Reparaciones de dentaduras parciales (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)

- D5611 - Reparación de la base de la dentadura de resina - Mandibular
- D5612 - Reparación de la base de la dentadura de resina - Maxilar
- D5621 - Reparación de la estructura parcial colada - Mandibular
- D5622 - Reparación de la estructura parcial colada - Maxilar
- D5630 - Reparación de retenedor de dentadura parcial
- D5640 - Sustitución de dientes rotos - Por diente
- D5650 - Adición de diente a dentadura parcial
- D5660 - Adición de retenedor a dentadura parcial
- D5730 - Revestimiento de dentadura completa maxilar
- D5731 - Revestimiento de dentadura completa mandibular
- D5740 - Revestimiento de dentadura parcial maxilar, consultorio
- D5741 - Revestimiento de dentadura parcial mandibular, consultorio
- D5750 - Revestimiento de dentadura completa maxilar, consultorio
- D5751 - Revestimiento de dentadura completa mandibular, consultorio
- D5760 - Revestimiento de dentadura parcial maxilar, laboratorio
- D5761 - Revestimiento de dentadura parcial mandibular, laboratorio

- D5850 - Acondicionamiento de tejido, dentadura maxilar
- D5851 - Acondicionamiento de tejido, dentadura mandibular

Prostodoncia fija

- D6210 - Prostodoncia sobre metal altamente noble, 1 cada 60 meses
- D6211 - Puente de metal común colado, 1 cada 60 meses
- D6212 - Puente de metal noble colado, 1 cada 60 meses
- D6214 - Puente de titanio y aleaciones de titanio, 1 cada 60 meses
- D6240 - Puente de porcelana fundida sobre metal predominantemente común, 1 cada 60 meses
- D6241 - Puente de porcelana sobre metal común, 1 cada 60 meses
- D6242 - Puente de porcelana sobre metal noble, 1 cada 60 meses
- D6245 - Puente de porcelana/cerámica, 1 cada 60 meses
- D6740 - Corona de porcelana/cerámica, 1 cada 60 meses
- D6750 - Corona de retención de porcelana fundida sobre metal altamente noble, 1 cada 60 meses
- D6751 - Corona de porcelana sobre metal común, 1 cada 60 meses
- D6752 - Corona de porcelana sobre metal noble, 1 cada 60 meses
- D6790 - Corona de retención completa de metal altamente noble colado, 1 cada 60 meses
- D6791 - Corona 3/4 de porcelana/cerámica, 1 cada 60 meses
- D6792 - Corona completa de metal noble colado, 1 cada 60 meses
- D6794 - Corona de retención de titanio y aleaciones de titanio, 1 cada 60 meses
- D6930 - Recementación dental de puente

Servicios de cirugía oral y maxilofacial (sin límite hasta el monto máximo de cobertura del plan)

- D7140 - Extracción de diente erupcionado o raíz expuesta, 1 por diente de por vida
- D7210 - Extracción quirúrgica de diente erupcionado, 1 por diente de por vida

Servicios que no son de rutina

- D9110 - Tratamiento paliativo (de emergencia) del dolor dental

Todos los demás códigos no detallados aquí no están cubiertos y son la responsabilidad del miembro.
Para algunos servicios puede ser necesaria una evaluación clínica.

SECCIÓN 3 Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones)

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

La siguiente tabla enumera los servicios y artículos que no están cubiertos en ninguna circunstancia o que solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, salvo determinadas circunstancias que se enumeran a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos igualmente no se cubrirán y nuestro plan no los pagará. La única excepción es si se apela el servicio y se decide en la apelación que se trata de un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Acupuntura	Disponible para personas con dolor lumbar crónico en determinadas circunstancias.
Cirugía o procedimientos cosméticos	Se cubren en casos de lesión accidental o para mejorar el funcionamiento de un miembro deformado. Se cubren todas las etapas de reconstrucción de mamas después de una mastectomía, como así también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado asistencial El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse.	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que,	Original Medicare podría cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o por nuestro plan. (Para obtener más información sobre los estudios de investigación clínica, consulte la Sección 5 del Capítulo 3).

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	
Cargos cobrados por la atención por sus familiares inmediatos o miembros de su hogar	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Entrega de comidas a domicilio	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Zapatos que forman parte de un soporte de pierna y están incluidos en el costo del soporte. Zapatos ortopédicos o terapéuticos para personas con enfermedad de pie diabético.
Objetos personales en su habitación del hospital o centro de atención de enfermería especializada, por ejemplo, un teléfono o televisor	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros anticonceptivos no recetados	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Atención quiropráctica de rutina	Se cubre la manipulación manual de la columna para corregir una subluxación.
Atención odontológica de rutina, como limpiezas, empastes o dentaduras	Algunos servicios odontológicos preventivos, como las limpiezas y los exámenes, pueden estar cubiertos. Otros servicios odontológicos especiales pueden estar cubiertos.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	No cubiertos en ninguna circunstancia.

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia.

CAPÍTULO 5:
Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan

Consulte la Tabla de beneficios médicos en el Capítulo 4 para conocer los beneficios de medicamentos de la Parte B de Medicare y los beneficios de medicamentos de hospicio.

Generalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos, siempre y cuando siga estas normas:

- Debe pedirle a un proveedor (doctor, odontólogo u otra persona autorizada a dar recetas) que le escriba una receta que sea válida según la legislación estatal aplicable.
- La persona autorizada a dar recetas 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) o puede obtenerlos mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Su medicamento debe figurar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (consulte la Sección 3).
- Su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertos libros de referencia. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte la Sección 3).
- Es posible que nuestro plan deba aprobar su medicamento en función de ciertos criterios antes de cubrirlo. (Para obtener más información, consulte la Sección 4 de este capítulo).

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren *solamente* si los obtiene en las farmacias de la red del plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.5).

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con el plan para proporcionar los medicamentos cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” hace referencia a todos los medicamentos de la Parte D que figuren en la Lista de medicamentos del plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Cómo encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, puede consultar el *Directorio de farmacias*, visitar nuestro sitio web (www.kelseycareadvantage.com) o llamar a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red. Algunas de las farmacias de la red ofrecen un costo compartido preferido, que puede ser menor al de una farmacia que ofrece un costo compartido estándar. El Directorio de farmacias le indicará qué farmacias de nuestra red ofrecen un costo compartido preferido. Comuníquese con nosotros para obtener más información sobre cómo los costos que paga de su bolsillo podrían variar para diferentes medicamentos.

Si su farmacia deja de formar parte de la red

Si la farmacia que usa deja de formar parte de la red de nuestro plan, deberá buscar una nueva farmacia de la red. Si la farmacia que usa permanece en nuestra red, pero ya no ofrece un costo compartido preferido, tal vez desee cambiar a una nueva farmacia dentro de la red o preferida, si está disponible. Para encontrar otra farmacia en su área, puede obtener ayuda a través de Servicios para los miembros llamando al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o usar el Directorio de farmacias. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com.

Farmacias especializadas

Algunos medicamentos con receta deben obtenerse en una farmacia especializada. Las farmacias especializadas incluyen:

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que proveen medicamentos para las personas que residen en un centro de atención a largo plazo (Long-Term Care, LTC). Generalmente, un centro de LTC (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultad para obtener los medicamentos de la Parte D en un centro de LTC, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).
- Farmacias que brinden servicios al Programa de salud para la población indígena estadounidense urbana o tribal del Servicio de Salud para la Población Indígena

Estadounidense (no está disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indígenas estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.

- Farmacias que proveen medicamentos que están limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, use el *Directorio de farmacias* (www.kelseycareadvantage.com) o llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Servicio de pedido por correo de nuestro plan

Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la red de nuestro plan. Por lo general, los medicamentos proporcionados a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.

El servicio de pedido por correo de nuestro plan le permite solicitar **un suministro para hasta 100 días para los medicamentos de Nivel 6 o un suministro para hasta 90 días para todos los demás niveles.**

Nuestra red de farmacias incluye farmacias de pedido por correo que ofrecen un costo compartido estándar y farmacias de pedido por correo que ofrecen un costo compartido preferido.

Para obtener formularios de pedido e información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta por correo, usted puede:

- Llamar al 1-800-707-8194.
- Ingresar en www.Optumrx.com y solicitar un resurtido por correo.
- Visitar www.kelseycareadvantage.com e imprimir un formulario de pedido por correo.

Por lo general, el pedido a la farmacia que presta el servicio de pedido por correo se le entregará en 14 días como máximo. Si necesita ayuda debido a la demora en la entrega del pedido por correo de un medicamento con receta, llame al 1-800-707-8194 para comunicarse directamente con un representante de servicio al cliente. Si la farmacia de pedido por correo prevé que el pedido se retrase, se lo notificará. Si necesita solicitar un pedido de urgencia debido a un retraso en el pedido por correo, puede ponerse en contacto con servicio al cliente para discutir las opciones, que pueden incluir el surtido en una farmacia local. Proporcione su número de identificación y el número de receta al representante.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su doctor. La farmacia surtirá y entregará automáticamente las recetas nuevas de los medicamentos que reciba de los proveedores de atención médica, sin verificar con usted primero, si:

- Utilizó los servicios de pedido por correo con este plan en el pasado, o bien
- Se inscribió para la entrega automática de todas las recetas nuevas recibidas directamente de los proveedores de atención médica. Puede solicitar la entrega automática de todas las recetas nuevas en cualquier momento llamando al 1-800-707-8194 para comunicarse directamente con un representante de servicio al cliente.

Si recibe un medicamento con receta automáticamente por correo que no desea, y no se comunicaron con usted para saber si la quería antes de enviarla, puede ser elegible para un reembolso.

Si utilizó el pedido por correo en el pasado y no desea que la farmacia surta y envíe automáticamente cada medicamento con receta nuevo, comuníquese con nosotros llamando al 1-800-707-8194 con catorce (14) días de antelación a la fecha en la que crea que se le van a acabar los medicamentos que tiene a su disposición para asegurarse de que el próximo pedido se le envíe a tiempo.

Si usted nunca ha utilizado nuestro servicio de entrega de pedido por correo o si decide interrumpir el surtido automático de nuevas recetas, la farmacia se pondrá en contacto con usted cada vez que reciba una nueva receta de un proveedor de atención médica para ver si desea que le surta y envíe el medicamento inmediatamente. Es importante que responda cada vez que la farmacia lo contacte, para informarles si enviar, retrasar o cancelar la nueva receta.

Para dejar de recibir envíos automáticos de nuevas recetas directamente por parte de la oficina de su proveedor de atención médica, póngase en contacto con nosotros llamando al 1-800-707-8194.

Resurtidos de medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzaremos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que usted se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Puede cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si decide no utilizar nuestro programa de resurtido automático, pero quiere que la farmacia de pedido por correo le envíe sus medicamentos con receta, comuníquese con su farmacia 14 días antes de que se agote su medicamento con receta actual. De este modo, se asegurará de que su pedido se envíe a tiempo.

Para cancelar la participación en nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros llamando al 1-800-707-8194 para comunicarse directamente con un representante de servicio al cliente.

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Nuestro plan ofrece dos formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo).

1. Algunas farmacias minoristas de la red le permitirán obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento (que ofrecen un costo compartido preferido) a un monto de costo compartido inferior. Otras farmacias minoristas tal vez no acepten los costos compartidos inferiores. En este caso, usted deberá pagar la diferencia. En el *Directorio de farmacias*, en www.kelseycareadvantage.com, se detallan las farmacias de la red que proporcionan suministros a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento a través de nuestro programa de pedido por correo. Para obtener más información, consulte la Sección 2.3.

Sección 2.4 Uso de farmacias fuera de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solamente* si usted no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Primero llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)** para saber si hay una farmacia de la red cerca.

Cubrimos los medicamentos con receta que obtenga en una farmacia fuera de la red solo en las siguientes circunstancias:

- La receta es para una emergencia médica o para atención de urgencia.

- No puede obtener un medicamento cubierto en un momento de necesidad, porque no hay farmacias de la red que funcionen las 24 horas del día a una distancia razonable en auto.
- La receta es para un medicamento que está agotado en una farmacia de la red accesible o en una farmacia de pedido por correo (incluidos los medicamentos únicos y de alto costo).
- Si es evacuado o desplazado de su hogar debido a una catástrofe federal u otra declaración de emergencia de salud pública.

Incluso si cubrimos los medicamentos que adquiere en una farmacia fuera de la red, es posible que pague más de lo que habría pagado si hubiera acudido a una farmacia de la red.

Si debe usar una farmacia fuera de la red, generalmente deberá pagar el costo total (y no la parte del costo que normalmente le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (En la Sección 2 del Capítulo 7, obtendrá más información para solicitar un reembolso a nuestro plan). 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 de la red.

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

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

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (formulario). En esta *Evidencia de cobertura*, **la denominamos la Lista de medicamentos**.

Nuestro plan, con la colaboración de doctores y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por este. La Lista de medicamentos solo incluye los que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

Por lo general, cubrimos los medicamentos de la Lista de medicamentos del plan siempre y cuando usted siga las otras normas de cobertura explicadas en este capítulo y use el medicamento para una indicación médicamente aceptada. Una indicación médicamente aceptada es el uso del medicamento *que esté en una de estas condiciones*:

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o la afección para la cual ha sido recetado.
- Avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

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 fármacos más complejos que los medicamentos típicos. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de 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 poseen alternativas que se denominan biosimilares. Generalmente, los genéricos y los biosimilares funcionan tan bien como el medicamento de marca o el producto biológico original, y suelen costar menos. Hay medicamentos genéricos sustitutos disponibles para muchos medicamentos de marca y alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según la legislación estatal, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los de marca.

Consulte el Capítulo 12 para conocer las definiciones de los tipos de medicamentos que pueden figurar en la Lista de medicamentos.

Medicamentos no incluidos en la Lista de medicamentos

Nuestro 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).
- En otros casos, hemos decidido no incluir en la Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, puede que sea capaz de obtener un medicamento que no se encuentre en la Lista de medicamentos. (Para obtener más información, consulte el Capítulo 9).

Sección 3.2 Hay 6 niveles de costo compartido para los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

- **Nivel 1 - Genérico preferido:** Incluye medicamentos genéricos preferidos y algunos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de

ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca, y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) los considera tan seguros y eficaces como los de marca. No todos los medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos (Formulario) están incluidos en este nivel.

- **Nivel 2 - Genérico:** Incluye medicamentos genéricos de alto costo o medicamentos genéricos que ofrece un solo fabricante, y algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 - Marca preferida**: Incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos. Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4 - Medicamento no preferido**: Incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos. Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5 - Nivel de especialidad (nivel de costo compartido más alto):** Es el nivel más alto e incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo que pueden requerir una manipulación especial o un control minucioso. Los medicamentos de especialidad pueden ser de marca o genéricos. Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 6 - Medicamentos de cuidados selectos (nivel de costo compartido más bajo):** Es el nivel más bajo y contiene medicamentos genéricos de cuidados selectos para tratar afecciones como la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan. En el Capítulo 6, se incluye el monto que usted debe pagar por los medicamentos en cada nivel de costo compartido.

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

Para averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos, tiene las siguientes opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos electrónicamente.
- Visite el sitio web del plan (www.kelseycareadvantage.com). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos del plan o para pedir una copia de la lista.

- Utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” de nuestro plan (www.optumrx.com) para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos, ver una estimación de lo que pagará y comprobar si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones de cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de doctores y farmacéuticos creó estas normas para alentarlos a usted y a su proveedor a utilizar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que usted esté tomando o desee tomar, consulte la Lista de medicamentos.

Si un medicamento seguro y de bajo costo funciona médicamente tan bien como uno de mayor costo, las normas de nuestro plan están destinadas a alentarlos a usted y a su proveedor a usar esa opción más económica.

Tenga en cuenta que, a veces, un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden diferir en función de la concentración, la cantidad o la presentación del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y se pueden aplicar diferentes restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimidos en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deberán seguir pasos adicionales para que cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué puede hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte el Capítulo 9).

Obtener la autorización del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deberán obtener la autorización del plan en función de criterios específicos antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se denomina **autorización previa**. Y se hace para garantizar la seguridad de la medicación y orientar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Para conocer los criterios de autorización previa de nuestro plan, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces, antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección, el plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le da ningún resultado, el plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero con otro medicamento se denomina **tratamiento escalonado**. Para conocer los criterios del tratamiento escalonado de nuestro plan, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com.

Límites de cantidad

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

SECCIÓN 5 Lo que puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera en que usted querría

Hay situaciones en las que un medicamento con receta que está tomando, o que usted y su proveedor consideran que debería tomar y no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos, tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O una versión genérica del medicamento puede tener cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.

- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.
- El medicamento está cubierto, pero se encuentra en un nivel de costo compartido que hace que su parte de los costos sea más alta de lo que cree que debería ser.

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que hace que sus costos sean más altos de lo que cree que deberían ser, consulte la Sección 5.1 para obtener información sobre lo que puede hacer.

Si su medicamento no está en la Lista de medicamentos o está restringido, tiene las siguientes opciones:

- Puede obtener un suministro temporal del medicamento.
- Puede cambiar a otro medicamento.
- Puede solicitar una **excepción** y pedirle a nuestro plan que cubra el medicamento o que retire las restricciones del medicamento.

Puede obtener un suministro temporal

En determinadas circunstancias, nuestro plan deberá proporcionar un suministro temporal de un medicamento que usted ya se encuentra tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

Para ser elegible para un suministro temporal, el medicamento que toma **ya no debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan O debe tener actualmente 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 nuestro plan.
- **Si estuvo en el plan el año pasado,** cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice múltiples resurtidos por un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que una farmacia de atención a largo plazo puede proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el uso indebido).
- **Para quienes hayan sido miembros del plan por más de 90 días y vivan en un centro de atención a largo plazo, y necesiten 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 complementario al suministro temporal mencionado anteriormente.

- **Para quienes hayan sido miembros del plan por más de 90 días y tengan un cambio en el nivel de atención (por ejemplo, transición de un SNF a un centro de atención a largo plazo; regreso a casa desde el hospital) y necesiten un suministro de inmediato:**

  Cubriremos un suministro de medicamentos para 30 días. Estos tipos de cambios a menudo no le dejan tiempo suficiente para determinar si una nueva receta contiene un medicamento que no está en la "Lista de medicamentos" del plan. En estas situaciones inesperadas, cubriremos un suministro de transición temporal de 30 días o un suministro de transición de 31 días si residen en un centro de atención a largo plazo (a menos que tenga una receta indicada por menos días).

Si tiene alguna pregunta sobre los suministros temporales, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

En el período durante el cual esté utilizando el suministro temporal de un medicamento, debe hablar con su proveedor para decidir qué hacer cuando se agote este suministro temporal. Tiene 2 opciones:

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para determinar si existe otro medicamento cubierto por el plan que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle a nuestro plan que haga una excepción y cubra el medicamento en la forma en que usted desearía que estuviera cubierto. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción, su proveedor puede ayudarlo a solicitarla. Por ejemplo, usted puede pedirle a nuestro plan que cubra un medicamento, aunque no esté en la Lista de medicamentos del plan. O puede pedirle al plan que haga una excepción y cubra el medicamento sin restricciones.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Sección 5.1 Qué puede hacer si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto

Si un medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, puede hacer lo siguiente:

Puede cambiar a otro medicamento

Si su medicamento está en un nivel de costo compartido que usted considera demasiado alto, hable con su proveedor. Es posible que exista otro medicamento en un nivel de costo compartido inferior que podría funcionar igual de bien para usted. Comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Puede solicitar una excepción

Usted y su proveedor pueden solicitarle al plan que haga una excepción en el nivel de costo compartido para que pague menos por el medicamento. Si su proveedor dice que usted tiene razones médicas que justifican que nos pida una excepción a la norma, su proveedor puede ayudarlo a solicitarla.

Si usted y su proveedor desean solicitar una excepción, en la Sección 6.4 del Capítulo 9 se explica qué hacer. También se indican los procedimientos y plazos establecidos por Medicare para asegurarse de que su solicitud se maneje de forma inmediata y justa.

Los medicamentos del Nivel 5 (Nivel de especialidad) no son elegibles para este tipo de excepción. No disminuimos el monto de costo compartido para los medicamentos en este nivel.

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos se puede modificar durante el año

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

- **Agregar o retirar medicamentos de la Lista de medicamentos.**
- **Pasar un medicamento a un nivel de costo compartido más alto o más bajo.**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento.**

- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento.**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico.**

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

Información sobre los 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 con regularidad. En ocasiones, recibirá un aviso directo si se introducen cambios en un medicamento que toma.

Cambios en la cobertura de medicamentos que le afectan durante este año del plan

Aviso general anticipado de que el patrocinador del plan puede realizar determinadas sustituciones inmediatas de genéricos y biosimilares:

- **Añadir nuevos medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Al incorporar una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, trasladar el medicamento similar a un nivel diferente de costo compartido, añadir nuevas restricciones, o ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos.
    - Solo realizaremos estos cambios inmediatos si incorporamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
    - Podemos realizar estos cambios inmediatamente y comunicárselo más tarde, incluso si usted toma el medicamento que eliminamos o modificamos. Si toma el medicamento similar en el momento en que hagamos el cambio, le informaremos sobre cualquier cambio específico que hayamos hecho.

- **Añadir medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o modificar un medicamento similar de la Lista de medicamentos.**
    - Al incorporar otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de

medicamentos, trasladarlo a un nivel diferente de costo compartido, añadir nuevas restricciones o, ambas. La nueva versión del medicamento estará en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo con las mismas restricciones o menos.

- Solo realizaremos estos cambios si incorporamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o añadimos ciertas versiones biosimilares nuevas de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
- Le informaremos este cambio con al menos 30 días de antelación o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro de 30 días de la versión del medicamento que esté tomando.

- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos de la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede ser considerado inseguro o retirado del mercado por otra razón. Si esto ocurre, eliminaremos inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si usted toma ese medicamento, le informaremos después de hacer el cambio.
- **Realizar otros cambios sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que usted esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, podemos realizar cambios en función de advertencias de la FDA en los envases o de nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le informaremos este cambio con al menos 30 días de antelación o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un suministro adicional de 30 días del medicamento que esté tomando.

Si realizamos alguno de estos cambios en alguno de los medicamentos que está tomando, consúltele a su doctor qué opciones le convienen más, incluido el cambio a otro medicamento para tratar su enfermedad, o solicitar una decisión de cobertura para adaptarse a las nuevas restricciones del medicamento que tome. Usted o su doctor pueden solicitarnos una excepción para que sigamos cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que tome. 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 lo afectarán durante este año del plan

Podemos realizar algunos cambios en la Lista de medicamentos que no se encuentran descritos con anterioridad. En estos casos, el cambio no se aplicará a usted si se encuentra tomando el medicamento cuando se realiza el cambio; sin embargo, estos

cambios probablemente le afectarán a partir del 1 de enero del siguiente año del plan si permanece en este.

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

- Pasamos su medicamento a un nivel de costo compartido más alto.
- Imponemos una nueva restricción respecto del uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

Si cualquiera de estos cambios ocurre con un medicamento que usted toma (con excepción de un retiro del mercado, el reemplazo de un medicamento de marca por un medicamento genérico u otro cambio mencionado en las secciones anteriores), entonces el cambio no afectará su uso ni lo que pague como su parte del costo compartido hasta el 1 de enero del año siguiente.

No le informaremos de este tipo de cambios de forma directa durante el año del plan actual. Tendrá que consultar la Lista de medicamentos para el próximo año del plan (cuando la lista se encuentre disponible durante el período de inscripción abierta) para ver si existe algún cambio en los medicamentos que toma que lo afectará durante el próximo año del plan.

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Algunos tipos de medicamentos con receta están *excluidos*. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

Si recibe algún medicamento que esté excluido, deberá pagarlo usted mismo (a menos que nuestro plan cubra ciertos medicamentos excluidos dentro de la cobertura para medicamentos mejorada). Si presenta una apelación y se determina que el medicamento solicitado no se encuentra excluido bajo la Parte D, lo pagaremos o lo cubriremos. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión, consulte el Capítulo 9).

A continuación, se presentan 3 normas generales sobre los medicamentos que el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre según la Parte D:

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto por la Parte A o la Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una *indicación no autorizada* de un medicamento cuando este uso no esté avalado por ciertas referencias, como

American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX. Uso para una *indicación no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

Además, por ley, las siguientes categorías de medicamentos no están cubiertas por los planes de medicamentos de Medicare: (Nuestro plan cubre ciertos medicamentos detallados a continuación, mediante la cobertura de medicamentos mejorada, por la que se le puede cobrar una prima adicional. A continuación, se brinda más información).

- Medicamentos sin receta (también denominados medicamentos de venta libre).
- Medicamentos utilizados para estimular la fertilidad.
- Medicamentos utilizados para el alivio de la tos o los síntomas del resfriado.
- Medicamentos para fines estéticos o para promover el crecimiento del cabello.
- Vitaminas y productos minerales con receta, salvo las vitaminas prenatales y las preparaciones de flúor.
- Medicamentos para el tratamiento de la disfunción sexual o eréctil.
- Medicamentos utilizados para el tratamiento de la anorexia, la pérdida de peso o el aumento de peso.
- Medicamentos para pacientes externos cuyo fabricante exija que los exámenes o los servicios de supervisión asociados se compren exclusivamente al fabricante.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta (cobertura para medicamentos mejorada) que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre.

Esta incluye la cobertura de los siguientes medicamentos del Nivel 2 de costo compartido:

sildenafil 25 MG - QL 6/30
sildenafil 50 MG - QL 6/30
sildenafil 100 MG - QL 6/30
ácido fólico 1 MG - QL 30/30
ergocalciferol 1.25 MG
vitamina B12 1000 MCG/ML

El monto que paga por estos medicamentos no se tiene en cuenta para calificarlo para la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas. (En la Sección 6 del Capítulo 6, se describe la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas).

Si **recibe Ayuda adicional de Medicare** para pagar sus medicamentos con receta, la Ayuda adicional no pagará los medicamentos que no estén cubiertos habitualmente. Consulte la

Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información. Si tiene una cobertura para medicamentos a través de Medicaid, el programa Medicaid de su Estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su Estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Encontrará los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2).

SECCIÓN 8 Cómo obtener un medicamento con receta

Para obtener su medicamento con receta, proporcione la información de membresía en nuestro plan (que figura en su tarjeta de miembro) en la farmacia de la red que usted elija. La farmacia de la red automáticamente le facturará al plan *nuestra* parte del costo de su medicamento. Usted debe pagarle a la farmacia *su* parte del costo en el momento de retirar su medicamento con receta.

Si no tiene la información de membresía en el plan, usted o la farmacia pueden llamar al plan para obtener la información, o puede pedirle a la farmacia que busque su información de inscripción en el plan.

Si la farmacia no recibe la información necesaria, **es posible que usted deba pagar el costo total del medicamento con receta cuando lo retire**. Después, puede **solicitarnos que le reembolsemos** la parte que nos corresponde. Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitar el reembolso al plan.

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

Sección 9.1 Estadía cubierta por el plan en un hospital o centro de atención de enfermería especializada

Si usted ingresa en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada para una estadía que cubra el plan, generalmente cubriremos el costo de los medicamentos con receta durante la estadía. Una vez que salga del hospital o centro de atención de enfermería especializada, el plan cubrirá sus medicamentos con receta, siempre y cuando estos cumplan con todas nuestras normas para la cobertura descritas en este capítulo.

Sección 9.2 Si reside en un centro de atención a largo plazo (LTC)

Generalmente, un centro de atención a largo plazo (LTC) (como un centro de cuidados) tiene su propia farmacia o utiliza una farmacia que suministra medicamentos para todos sus residentes. Si usted reside en un centro de LTC, puede obtener sus medicamentos con receta a través de la farmacia del centro, o la que sea que este utilice, siempre y cuando sea parte de nuestra red.

Consulte el *Directorio de farmacias* en www.kelseycareadvantage.com para averiguar si la farmacia del centro de LTC, o la que sea que este utilice, forma parte de nuestra red. Si no forma parte, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro de LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D a través de nuestra red de farmacias de LTC.

Si reside en un centro de LTC y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos o tiene algún tipo de restricción, consulte la Sección 5 para obtener información sobre cómo obtener un suministro temporal o de emergencia.

Sección 9.3 Si también tiene cobertura para medicamentos del plan de un empleador o grupo de jubilados

Si tiene otra cobertura para medicamentos a través de su empleador o grupo de jubilados (o el de su cónyuge o pareja), comuníquese con **el administrador de beneficios de ese grupo**. Puede ayudarlo a comprender cómo funcionará su cobertura actual para medicamentos en relación con nuestro plan.

En general, si tiene una cobertura de grupo de empleados o jubilados, la cobertura para medicamentos con receta que le brindemos será *complementaria* a la cobertura de su grupo. Eso significa que la cobertura de su grupo paga primero.

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

Cada año, su empleador o grupo de jubilados le debe enviar un aviso en el que se le informe si su cobertura para medicamentos para el año calendario siguiente es acreditable.

Si la cobertura del plan del grupo es acreditable, quiere decir que incluye una cobertura para medicamentos que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos estándar de Medicare.

Guarde los avisos sobre la cobertura acreditable, porque es posible que los necesite más adelante para demostrar que mantuvo una cobertura acreditable. Si no recibió el aviso sobre

la cobertura acreditable, solicite una copia al administrador de beneficios de su empleador o grupo de jubilados, o al empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento simultáneamente. Si está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita determinados medicamentos (por ejemplo, medicamentos contra las náuseas, laxantes, analgésicos o ansiolíticos) que no estén cubiertos por el hospicio porque no están relacionados con su enfermedad terminal o sus afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe informar a nuestro plan que los medicamentos no están relacionados antes de que el plan pueda cubrirlos. Para evitar demoras en la recepción de estos medicamentos que debería cubrir nuestro plan, puede pedirle al proveedor del hospicio o a la persona autorizada que provea notificación antes de surtir su medicamento con receta.

En caso de que usted revoque su elección de hospicio o que reciba el alta del hospicio, nuestro plan deberá cubrir sus medicamentos, tal como se explica en este documento. Para evitar demoras en la farmacia cuando finalice un beneficio de hospicio de Medicare, presente la documentación en la farmacia para verificar su revocación o alta.

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y la administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones para garantizar que nuestros miembros reciban una atención segura y adecuada.

Hacemos una revisión cada vez que usted obtiene un medicamento con receta. También revisamos nuestros registros regularmente. Durante estas revisiones, buscamos posibles problemas, como estos:

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

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

Sección 10.1 Programa de administración de medicamentos (DMP) para ayudar a los miembros a usar de manera segura los medicamentos opioides

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura sus opioides con receta y otros medicamentos frecuentemente utilizados de manera indebida. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si usa medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si recientemente tuvo una sobredosis de opioides, podemos hablar con las personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que el uso que usted haga de estos medicamentos sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con las personas autorizadas a dar recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiazepina con receta podría no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden incluir lo siguiente:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias.
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta por parte de personas autorizadas a dar recetas.
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted.

Si tenemos previsto limitar la forma en que puede recibir estos medicamentos o su cantidad, le enviaremos una carta con antelación. En la carta se le indicará si limitaremos 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 dar recetas o de una farmacia específicas. Usted tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar y de brindarnos cualquier otra información que considere importante que sepamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con la limitación impuesta, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud relacionada con las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, transferiremos automáticamente su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No podremos ubicarlo en nuestro DMP si tiene determinadas afecciones médicas, como dolor relacionado con el cáncer o la enfermedad de células falciformes, si recibe atención en un

hospicio, atención paliativa o atención de final de vida o si vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro programa se denomina Programa de manejo del tratamiento farmacológico (Medication Therapy Management, MTM). El programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y doctores creó el programa para nosotros con el fin de ayudar a garantizar que nuestros miembros se beneficien al máximo de los medicamentos que tomen.

Algunos miembros que tienen determinadas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan una cantidad específica de gastos para medicamentos, o que están en un DMP que ayuda a usar opioides de manera segura, pueden obtener los servicios de un Programa de MTM. Si califica para el programa, un farmacéutico u otro profesional de la salud llevará a cabo una revisión integral de sus medicamentos. Durante la revisión, usted puede hablar sobre sus medicamentos, los costos, o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen por escrito con una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debería seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. Usted también obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que esté tomando, la cantidad, cuándo los toma y la razón por la que lo hace. Además, los miembros que están en el Programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de los medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es aconsejable hablar con su doctor sobre su lista de tareas recomendadas y su lista de medicamentos. Lleve el resumen a la consulta o en cualquier momento que hable con sus doctores, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Mantenga su lista de medicamentos al día y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si acude 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, notifíquenos, y retiraremos su participación. Si tiene alguna pregunta sobre este programa, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Capítulo 6:
Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que le corresponde pagar por sus medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** Evidencia de cobertura **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un inserto separado que se denomina Evidence of Coverage Rider for People Who Get Extra Help Paying for Prescription Drugs (Cláusula adicional a la Evidencia de cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta), también conocida como Low Income Subsidy Rider (Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos) o LIS Rider (Cláusula adicional LIS), que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no tiene este inserto, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario LIS Rider (Cláusula adicional LIS).

En este capítulo, usamos el término “medicamento” en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. 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 de pago, debe saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas normas. Cuando utilice la “Herramienta de beneficios en tiempo real” del plan para buscar cobertura de medicamentos (www.optumrx.com), el costo que se muestra proporciona una estimación de los costos que se espera que pague de su bolsillo. También puede obtener la información provista por la “Herramienta de beneficios en tiempo real” llamando a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que es posible que deba pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D cubiertos que pueden pedirle que pague:

- El **deducible** es el monto que usted paga por los medicamentos antes de que el plan comience a pagar la parte que nos corresponde.
- El **copago** es un monto fijo que usted paga cada vez que obtiene un medicamento con receta.
- El **coseguro** es un porcentaje que usted paga del costo total cada vez que obtiene un medicamento con receta.

Sección 1.2 Cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo

Medicare tiene normas acerca de lo que se tiene en cuenta y lo que *no* se tiene en cuenta para los costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos cumplir para hacer un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **incluyen** los pagos detallados a continuación (siempre y cuando correspondan a medicamentos cubiertos de la Parte D y usted haya cumplido con las normas relativas a la cobertura para medicamentos que se explican en el Capítulo 5):

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan.
- Cualquier pago de sus medicamentos realizado por familiares o amigos.
- Cualquier pago de medicamentos por parte de la Ayuda adicional de Medicare, de planes de salud de empleadores o de sindicatos, del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense, de programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP) y de la mayoría de las organizaciones benéficas.

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,100 en el año calendario, pasará de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Estos pagos no se incluyen en los costos que paga de su bolsillo

Los costos que paga de su bolsillo **no incluyen** ninguno de estos tipos de pagos:

- Medicamentos que compre fuera de los Estados Unidos y sus territorios.
- Medicamentos que no cubre nuestro plan.
- Medicamentos que obtenga en una farmacia fuera de la red que no cumplan con los requisitos del plan para la cobertura fuera de la red.
- Vacunas y medicamentos con receta cubiertos por la Parte A o la Parte B.
- Pagos que usted realiza por medicamentos cubiertos en su cobertura adicional, pero que un plan de medicamentos de Medicare normalmente no cubre.
- Pagos que usted realiza por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare.
- Pagos de sus medicamentos que realicen determinados planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud de Veteranos (VA).
- Pagos de sus medicamentos que realice un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral).
- Los pagos de los fabricantes de medicamentos a través del Programa de descuentos de fabricantes.

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan comunicándose con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Cómo llevar registro de los costos máximos totales que paga de su bolsillo

- La *Explicación de beneficios* (Explanation of Benefits, EOB) *de la Parte D* que usted recibe incluye el monto total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,100, la *EOB de la Parte D* le indicará que ha dejado la Etapa de cobertura inicial y ha pasado a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos**. Consulte en la Sección 3.1 lo que usted puede hacer para asegurarse de que los registros que tengamos de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para los miembros de KelseyCare Advantage Signature

Hay **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura para medicamentos según KelseyCare Advantage Signature. El monto que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en que se encuentre en el momento que obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son:

- **Etapa 1: Etapa del deducible anual**
- **Etapa 2: Etapa de cobertura inicial**
- **Etapa 3: Etapa de cobertura en situaciones catastróficas**

SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra

Nuestro plan hace un seguimiento de los costos de sus medicamentos con receta y de los pagos que ha efectuado cuando obtiene sus medicamentos en la farmacia. De esta manera, podemos decirle cuándo ha pasado de una etapa de pago de medicamentos a la siguiente etapa. Llevamos registro de 2 tipos de costos:

- **Costos que paga de su bolsillo:** este es el monto que pagó. Incluye lo que usted pagó por un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago de sus medicamentos hecho por familiares o amigos, y cualquier pago de medicamentos por parte de la Ayuda adicional de Medicare, de planes de salud de empleadores o de sindicatos, del Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense, de programas de asistencia de medicamentos para el SIDA, de organizaciones benéficas, y de la mayoría de los Programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que pagó nuestro plan, lo que pagó usted y lo que pagaron otros programas u organizaciones por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si obtuvo uno o más medicamentos con receta a través del plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye:

- **Información para ese mes**. Este informe proporciona los detalles de pago de los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos de los medicamentos, lo que el plan pagó y lo que usted y otros han pagado en su nombre.
- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en su precio desde la primera vez que lo obtenga para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto muestra información sobre otros medicamentos disponibles con menor costo compartido para cada reclamación de medicamento, si corresponde.

Sección 3.1 Ayúdenos a mantener al día nuestra información sobre sus pagos de los medicamentos

Para hacer un seguimiento de los costos de sus medicamentos y de los pagos que efectúa por estos, utilizamos los registros que recibimos de las farmacias. Usted puede ayudarnos a mantener su información correcta y actualizada de la siguiente manera:

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez obtenga un medicamento con receta.** Esto nos ayuda a asegurarnos de que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que paga.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Hay ocasiones en las que podría tener que pagar el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos las copias de sus recibos. **Ejemplos de aquellos casos en los que debería entregarnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando compre un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando pague un copago por medicamentos que se proporcionan en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.

- Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
- Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que otros realicen por usted.** Los pagos realizados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos realizados por un Programa estatal de asistencia farmacéutica, un Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (ADAP), el Servicio de Salud para la Población Indígena Estadounidense y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíenoslo para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviemos por escrito.** Cuando reciba la EOB de la Parte D, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si cree que falta algo o si tiene preguntas, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 No hay deducible para KelseyCare Advantage Signature

No hay deducible para KelseyCare Advantage Signature. Usted comienza 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 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que pague por un medicamento depende del medicamento en sí y de dónde lo obtiene

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

Nuestro plan tiene 6 niveles de costo compartido

Todos los medicamentos de la Lista de medicamentos de nuestro plan se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento:

- **Nivel 1 - Genérico preferido:** Incluye medicamentos genéricos preferidos y algunos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos tienen la misma fórmula de ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos suelen costar menos que los de marca, y la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) los considera tan seguros y eficaces como los de marca. No todos los medicamentos genéricos de la Lista de medicamentos (Formulario) están incluidos en este nivel.
- **Nivel 2 - Genérico:** Incluye medicamentos genéricos de alto costo o medicamentos genéricos que ofrece un solo fabricante, y algunos medicamentos de marca.
- **Nivel 3 - Marca preferida**: Incluye medicamentos de marca preferidos y genéricos no preferidos. Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 4 - Medicamento no preferido**: Incluye medicamentos de marca y genéricos no preferidos. Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 5 - Nivel de especialidad (nivel de costo compartido más alto):** Es el nivel más alto e incluye medicamentos de marca y genéricos de muy alto costo que pueden requerir una manipulación especial o un control minucioso. Los medicamentos de especialidad pueden ser de marca o genéricos. Usted paga $35 por suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto en este nivel.
- **Nivel 6 - Medicamentos de cuidados selectos (nivel de costo compartido más bajo):** Es el nivel más bajo y contiene medicamentos genéricos de cuidados selectos para tratar afecciones como la diabetes, la hipertensión y el colesterol alto.

Para saber en qué nivel de costo compartido está su medicamento, consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sus opciones de farmacia

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

- Una farmacia minorista de la red.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido estándar. Es posible que los costos sean inferiores en las farmacias que ofrecen un costo compartido preferido.
- Una farmacia minorista de la red que ofrece un costo compartido preferido.
- Una farmacia fuera de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Consulte la Sección 2.5 del Capítulo 5 para averiguar cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan.

Para obtener más información sobre las opciones de farmacias y la obtención de los medicamentos con receta, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de farmacias* del plan en www.kelseycareadvantage.com.

Sección 5.2 Sus costos por un suministro para un mes de un medicamento cubierto

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

El monto del copago o coseguro depende del nivel de costo compartido.

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

Sus costos por un suministro para *un mes* de un medicamento de la Parte D cubierto

Nivel	Costo compartido minorista estándar y por correo dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido minorista preferido y por correo dentro de la red (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido de atención a largo plazo (LTC) (un suministro para hasta 30 días)	Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones; consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles) (un suministro para hasta 30 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico preferido)	Copago de $7	Copago de $0	Copago de $7	Copago de $7
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	Copago de $12	Copago de $4	Copago de $12	Copago de $12
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de cuidados selectos)	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0	Copago de $0

No pagará más de $35 por un suministro para un mes de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido.

Consulte la Sección 8 de este capítulo para obtener más información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D.

Sección 5.3 Si su doctor le receta un suministro para menos de un mes completo, es posible que usted no deba pagar el costo del mes completo

Por lo general, el monto que paga por un medicamento cubre el suministro para un mes completo. Es posible que, en algunos casos, usted o su doctor deseen obtener el suministro de un medicamento para menos de un mes (por ejemplo, cuando prueba por primera vez). También puede pedirle a su doctor que le recete, y a su farmacéutico que le entregue, un suministro para menos de un mes completo, si esto lo ayuda a planificar mejor las fechas de resurtido.

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

- Si debe pagar un coseguro, pagará un porcentaje del costo total del medicamento. Dado que el coseguro se basa en el costo total del medicamento, su costo será menor ya que el costo total del medicamento será menor.
- Si usted debe realizar un copago por el medicamento, solo debe pagar por la cantidad de días del medicamento que reciba en lugar de pagar por el mes completo. Calculamos la cantidad que paga por día por su medicamento (el costo compartido diario) y lo multiplicamos por la cantidad de días del medicamento que reciba.

Sección 5.4 Sus costos por un suministro de un medicamento de la Parte D cubierto a *largo plazo* (para hasta 90 o 100 días)

Para algunos medicamentos, usted puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es para hasta 90 días para los medicamentos de los Niveles 1, 2, 3 y 4. Un suministro a largo plazo es para hasta 100 días para los medicamentos del Nivel 6.

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

Sus costos por un suministro de un medicamento de la Parte D cubierto a *largo plazo* (para hasta 90 o 100 días)

Nivel	Costo compartido minorista y de pedido por correo estándar (dentro de la red) (un suministro para hasta 90 días)	Costo compartido minorista y de pedido por correo preferidos (dentro de la red) (un suministro para hasta 90 días)
Nivel 1 de costo compartido (Genérico preferido)	Copago de $21	Copago de $0
Nivel 2 de costo compartido (Genérico)	Copago de $36	Copago de $10
Nivel 3 de costo compartido (Marca preferida)	Coseguro del 20%	Coseguro del 20%
Nivel 4 de costo compartido (Medicamento no preferido)	Coseguro del 30%	Coseguro del 30%
Nivel 5 de costo compartido (Nivel de especialidad)	No hay disponible un suministro a largo plazo para los medicamentos del Nivel 5.	
Nivel 6 de costo compartido (Medicamentos de cuidados selectos)	Copago de $0	Copago de $0

No pagará más de $70 por un suministro para hasta 2 meses o $105 ($87.50 si compra en un minorista preferido o mediante pedido por correo preferido) por un suministro para hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto independientemente del nivel de costo compartido.

Sección 5.5 Permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen los $2,100

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que el total de costos que paga de su bolsillo alcance los $2,100. Luego, pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

Ofrecemos cobertura adicional para algunos medicamentos con receta que normalmente el plan de medicamentos con receta de Medicare no cubre. Los pagos realizados por estos medicamentos no se tendrán en cuenta para el total de los costos que paga de su bolsillo.

La EOB de la Parte D que reciba lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, el plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de costos que pagan de su bolsillo de $2,100 en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.3 para saber cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

En la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D Usted ingresa en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando los costos que paga de su bolsillo hayan alcanzado el límite de $2,100 del año calendario. Una vez que esté en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

- En esta etapa de pago, no pagará nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.
- Para los medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado, usted paga el monto del copago.

SECCIÓN 7 Lo que le corresponde pagar por sus vacunas de la Parte D

Mensaje importante acerca de 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. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos del plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles de la cobertura y los costos de algunas vacunas específicas.

Nuestra cobertura de vacunas de la Parte D tiene 2 partes:

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

Sus costos por una vacuna de la Parte D dependerán de 3 elementos:

1. **Si la vacuna está recomendada para adultos por una organización denominada Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D están recomendadas por el ACIP y no tienen costo para usted.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor puede administrarle la vacuna en la farmacia. O bien, un proveedor puede administrársela en el consultorio médico.

Lo que pague en el momento en que le administren la vacuna de la Parte D puede variar según las circunstancias y en qué **etapa de pago de medicamentos** se encuentre.

- Cuando obtenga una vacuna, deberá pagar por el costo total de la vacuna y por el del proveedor que se la administró. Puede solicitarle al plan que le devuelva la parte del costo que nos corresponde pagar. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.
- Otras veces, cuando obtenga una vacuna, solo tendrá que pagar su parte del costo según su beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.

A continuación, se incluyen 3 ejemplos de formas en las que podría obtener una vacuna de la Parte D.

Situación 1: Le administran la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red. (Tener esta opción o no depende de dónde viva usted. En algunos estados no se permite que las farmacias administren ciertas vacunas).

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no pagará nada.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí, lo que incluye el costo de su administración.
- Nuestro plan pagará el resto de los costos.

Situación 2: Le administran la vacuna de la Parte D en el consultorio de su doctor.

- Cuando reciba la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total de la vacuna y el costo del proveedor que se la administró.
- Entonces, puede 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 las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro o copago (incluida la administración de la vacuna), y menos cualquier diferencia entre el monto que cobra el doctor y lo que pagamos normalmente. (Si recibe Ayuda adicional, le reembolsaremos la diferencia).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su doctor, donde se la administrarán.

- Para la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su coseguro o copago por la vacuna en sí.
- Cuando su doctor le administre la vacuna, usted podría tener que pagar el costo total de este servicio.
- Entonces, puede 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 las demás vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó, menos cualquier coseguro por la administración de la vacuna.

CAPÍTULO 7:
Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de medicamentos o servicios médicos cubiertos

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

A veces, cuando reciba atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que ha pagado más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o puede recibir una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (que se le haga un reembolso). Es su derecho que nuestro plan le haga un reembolso cada vez que usted pague más del monto que le corresponde de los costos de medicamentos o servicios médicos cubiertos por el plan. Es posible que haya plazos que deba cumplir para que le devuelvan el dinero. Consulte la Sección 2 de este capítulo.

También habrá veces en las que recibirá una factura de un proveedor por el costo total de la atención médica que recibió, o tal vez por más de la parte que le corresponde pagar del costo compartido. Primero, intente resolver la factura con el proveedor. Si esto no funciona, envíenos la factura en lugar de pagarla usted. Examinaremos la factura y decidiremos si los servicios se deben cubrir. Si decidimos que se deben cubrir, le pagaremos directamente al proveedor. Si decidimos no pagarla, se lo notificaremos al proveedor. Nunca debería pagar más del costo compartido permitido por el plan. Si se trata de un proveedor contratado, usted sigue teniendo derecho a recibir tratamiento.

A continuación se presentan ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle al plan que le haga un reembolso o que pague una factura que usted recibió:

1. **Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenezca a la red de nuestro plan**

   Fuera del área de servicio, usted puede recibir servicios de emergencia o de urgencia de cualquier proveedor, independientemente de que este sea parte de nuestra red o no. En estos casos:

   - Usted solo debe pagar la parte del costo que le corresponde por servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencias están legalmente obligados a prestar atención de emergencia.
   - Si paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos la parte del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado.
   - Podría recibir una factura del proveedor en la que le pida pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que ya haya efectuado.
     - Si al proveedor se le debe algo, le pagaremos directamente.
     - Si ya ha pagado más de lo que le corresponde pagar del costo del servicio, determinaremos cuánto debía y le reembolsaremos la parte del costo que nos corresponde pagar.

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

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

   - Usted solo tiene que pagar el monto del costo compartido cuando recibe servicios cubiertos. No permitimos a los proveedores agregar cargos adicionales, lo que se denomina **facturación de saldos**. Esta protección (en la que usted nunca paga más que el monto de su costo compartido) se aplica aun cuando pagamos menos de lo que el proveedor factura por un servicio, incluso si hay una disputa y no pagamos ciertos cargos del proveedor.
   - Siempre que reciba una factura de un proveedor de la red cuyo monto usted considera que es más de lo que debe pagar, envíenosla. Nos pondremos en contacto directamente con el proveedor y resolveremos el problema de facturación.
   - Si ya le ha pagado una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que haya

realizado y pídanos que le reembolsemos la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si se inscribe retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en el plan es retroactiva. (Esto significa que el primer día de la inscripción ya había pasado. La fecha de inscripción pudo incluso haber sido el año pasado).

Si se inscribió retroactivamente en nuestro plan y pagó de su bolsillo medicamentos o servicios cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos cierta documentación, tal como recibos y facturas, para que coordinemos su reembolso.

4. Cuando utilice una farmacia fuera de la red para obtener medicamentos con receta

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe 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 obtener información sobre 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 la cantidad que pagaríamos en una farmacia de la red.

5. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta porque no lleva consigo la tarjeta de miembro del plan

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

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 reembolsemos la totalidad de lo que pagó si el precio al contado que pagó es superior al precio que negociamos por el medicamento con receta.

6. Cuando usted pague el costo total de un medicamento con receta en otras situaciones

Usted puede pagar el costo total del medicamento con receta porque se da cuenta de que el medicamento no tiene cobertura por alguna razón.

- Por ejemplo, el medicamento puede no estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan, o podría tener un requisito o una restricción que usted no conocía o que no cree que debería aplicarse en su caso. Si decide obtener el medicamento de inmediato, es posible que deba pagar el costo total.
- Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso. En algunas situaciones, es posible que debamos obtener más información de su doctor para reembolsarle la parte que nos corresponde del costo. Es posible que no le reembolsemos la totalidad de lo que pagó si el precio al contado que pagó es superior al precio que negociamos por el medicamento con receta.

7. Cuando haya recibido atención médica de emergencia o de urgencia de una sala de emergencia independiente

Las salas de emergencia independientes, que no son parte de una cadena de hospitales locales, no pueden negarse a proporcionarle atención de emergencia; sin embargo, es posible que no estén autorizadas por Medicare. Por lo tanto, estas instalaciones no están obligadas a aceptar las tarifas de pago de Medicare. Esto significa que tanto el centro como el doctor que lo atiende pueden facturarle más que Medicare, lo que podría generarle costos de bolsillo más altos. Si busca atención de emergencia en uno de esos centros, debe preguntarles si aceptan las tarifas de pago de Medicare.

- Si usted paga el monto total al momento del servicio, debe solicitarnos que le reembolsemos nuestra parte de los costos. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que haya efectuado. El plan pagará 100% de las tarifas de Medicare menos el copago de la sala de emergencias.
- Debido a que estos centros no tienen licencia de Medicare, no podemos evitar que le facturen más de Medicare, ni podemos evitar que tenga que pagar costos de bolsillo más altos.

Cuando nos envíe una solicitud de pago, la revisaremos y decidiremos si el servicio o medicamento debe estar cubierto. A esto se lo denomina **decisión de cobertura**. Si decidimos que debe estar cubierto, pagaremos la parte que nos corresponde del costo por el servicio o medicamento. Si rechazamos su solicitud de pago, usted puede apelar nuestra decisión. El Capítulo 9 contiene información sobre cómo presentar una apelación.

SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió

Usted puede pedirnos un reembolso enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, incluya su factura junto con la documentación de cualquier pago que haya realizado. Es aconsejable hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. **Debe presentarnos la reclamación dentro de los 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

Para los medicamentos de la Parte D, **debe presentarnos la reclamación dentro de los 36 meses** a partir de la fecha en que recibió el medicamento. Para asegurarse de que nos esté proporcionando toda la información que necesitamos para tomar una decisión, puede llenar nuestro formulario de reclamaciones para solicitar su pago.

- No tiene obligación de utilizar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápidamente.
- Descargue una copia del formulario en nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com o llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

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

Reclamos médicos:	**Reclamos de medicamentos de la Parte D:**
KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832	Optum Rx Claims Department P.O. Box 650287 Dallas, TX 75265-0287

SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no

Cuando recibamos su solicitud de pago, le haremos saber si necesitamos que nos proporcione más información. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento está cubierto y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Es posible que la parte que nos corresponde del costo no sea el importe total que

usted pagó (por ejemplo, si compró un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio que negociamos por el medicamento). Si usted ya ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio o medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica o el medicamento, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta explicando las razones por las que no le enviaremos el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos la totalidad o parte del medicamento o de la atención médica, usted puede presentar una apelación

Si piensa que hemos cometido un error al rechazar su solicitud de pago o con el monto que le pagaremos, puede presentar una apelación. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión que tomamos al rechazar su solicitud de pago. El proceso de apelaciones es un proceso formal con procedimientos detallados y plazos importantes. Para obtener detalles sobre cómo presentar esta apelación, consulte el Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todos los miembros, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluido el español, y en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Nuestro plan tiene la obligación de ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de las mujeres dentro de la red para servicios de atención médica preventivos y de rutina.

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad del plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con el plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan can meet these accessibility requirements include but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you information in languages other than English including Spanish and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535-8343 (TTY users call 711).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to

file a grievance with Member Services at 713-442-CARE (2273) or toll-free at 1-866-535- 8343. (TTY users call 711.) Hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time, seven days a week, from October 1 – March 31. From April 1 – September 30, Monday through Friday, hours are 8:00 a.m. to 8:00 p.m. local time. Messaging service used on weekends, after hours, and on federal holidays. You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.2 Debemos asegurarnos de que usted tenga acceso oportuno a los medicamentos y servicios cubiertos

Tiene derecho a elegir un proveedor de atención primaria de la red de nuestro plan que proporcione y coordine los servicios cubiertos. No le exigimos que obtenga remisiones para acudir a los proveedores de la red.

Usted tiene derecho a programar citas con los proveedores de la red del plan y a recibir los servicios cubiertos que estos le brinden *dentro de un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención. También tiene derecho a obtener sus medicamentos con receta o a resurtirlos en cualquiera de las farmacias de nuestra red, sin demoras prolongadas.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica o medicamentos de la Parte D dentro de un plazo razonable, el Capítulo 9 le explica lo que puede hacer.

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
    - Usted tiene derechos relacionados con su información y el control de cómo se utiliza su información de salud. Le enviamos un aviso por escrito, que se denomina *Notice of Privacy Practice* (Aviso de prácticas de privacidad), en el que se le informa sobre estos derechos y se le explica cómo protegemos la privacidad de la información de salud.

¿Cómo protegemos la privacidad de su información de salud?

- Nos aseguramos de que personas no autorizadas no vean ni cambien sus registros.
- Salvo por las circunstancias enumeradas a continuación, si tenemos la intención de suministrar su información de salud a otra persona que no le brinde atención ni pague por ella, *tenemos la obligación de pedir por escrito su autorización, o de quien haya dado poder legal para tomar decisiones en su nombre, antes de hacerlo*.
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Dado que usted es miembro de nuestro plan a través de Medicare, se nos exige proporcionarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare da a conocer su información para una investigación u otros usos, lo hará de acuerdo con las leyes y reglamentaciones federales. Generalmente esto requiere que la información que lo identifica de manera exclusiva no se comparta.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo se ha compartido con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de ellos. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. Usted también tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o que corrijamos sus registros médicos. Si nos pide que hagamos esto, trabajaremos junto a su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben realizarse o no.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otras personas para fines que no son de rutina.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre la privacidad de su información de salud personal, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.4 Debemos proporcionarle información acerca de nuestro plan, nuestra red de proveedores y sus servicios cubiertos

Como miembro de KelseyCare Advantage Signature, usted tiene derecho a obtener de nosotros varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711):

- **Información sobre nuestro plan**. Esto incluye, por ejemplo, información sobre la situación financiera de nuestro 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 acerca de su cobertura y de las normas que debe cumplir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 proporcionan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico o medicamento de la Parte D no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 9 también ofrece información sobre cómo pedirnos que modifiquemos una decisión, lo que también se denomina apelación.

Sección 1.5 Usted tiene derecho a conocer sus opciones de tratamiento y a participar en las decisiones sobre su atención

Usted tiene derecho a obtener información completa de sus doctores y de otros proveedores de atención médica. Sus proveedores deben explicar su afección y sus opciones de tratamiento *de una manera que usted pueda comprender*.

Usted también tiene derecho a participar plenamente en las decisiones sobre su atención médica. Para ayudarlo a tomar decisiones con sus doctores acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Conocer todas sus opciones.** Tiene derecho a que le informen todas las opciones de tratamiento que se recomiendan para su afección, independientemente de su precio o de si nuestro plan las cubre. También incluye que le informen los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos involucrados en su atención médica. Deben informarle por adelantado si alguna atención médica o tratamiento propuesto es parte de un experimento de investigación. Usted siempre tiene la opción de rechazar cualquier tratamiento experimental.

- **Poder decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su doctor le aconseja quedarse. También tiene derecho a dejar de tomar sus medicamentos. Si rechaza un tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por sí mismo

A veces, las personas no pueden tomar decisiones sobre su atención médica por sí solas a causa de algún accidente o enfermedad grave. Usted tiene derecho a decir lo que desea que suceda si está en esta situación. Esto significa que, *si así lo desea*, puede hacer lo siguiente:

- Llenar un formulario por escrito para otorgarle a **alguien la autoridad legal para tomar decisiones médicas por usted** en caso de que alguna vez usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.
- **Darles a sus doctores instrucciones por escrito** acerca de cómo desea que manejen su atención médica en caso de que usted no pueda tomar decisiones por sí mismo.

Los documentos legales que puede utilizar para dar sus instrucciones con anticipación de estos casos se denominan **instrucciones anticipadas**. Los documentos como el **testamento vital** y el **poder de representación para la atención médica** son ejemplos de instrucciones anticipadas.

Cómo establecer un documento de instrucciones anticipadas:

- **Obtenga un formulario.** Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o de algunas tiendas de artículos para oficina. A veces, se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare.
- **Rellene y firme el formulario.** Independientemente del lugar donde obtenga este formulario, se trata de un documento legal. Considere solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas pertinentes.** Entregue una copia del formulario a su doctor y a la persona que nombre en el formulario capaz de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Quizás desee darles copias a algunos amigos cercanos o a miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

Si sabe con anticipación que deberá hospitalizarse y ha firmado instrucciones anticipadas, **lleve una copia cuando vaya al hospital**.

- En el hospital se le preguntará si ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas y si lo lleva con usted.
- Si no ha firmado un formulario de instrucciones anticipadas, el hospital tiene formularios disponibles y le preguntarán si desea firmar uno.

Usted decide si desea llenar un formulario de instrucciones anticipadas (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo por haber firmado o no instrucciones anticipadas.

Si no se siguen sus instrucciones

Si firmó instrucciones anticipadas y cree que un doctor o el hospital no respetaron las instrucciones que allí se indican, puede presentar una queja ante:

Texas Health and Human Services
Complaint and Incident Intake
P.O. Box 149030, MC E249
Austin, TX 78714-9030

Sección 1.6 Usted tiene derecho a presentar quejas y pedirnos que reconsideremos decisiones que hayamos tomado

Si tiene algún problema, inquietud o queja y necesita realizar una solicitud de cobertura o presentar una apelación, el Capítulo 9 de este documento le indica lo que puede hacer. Independientemente de lo que haga, ya sea solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación o una queja, **estamos obligados a tratarlo con imparcialidad**.

Sección 1.7 Si siente que lo están tratando injustamente o que no se están respetando sus derechos

Si siente que no se le ha tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos debido a su raza, discapacidad, religión, sexo, salud, origen étnico, credo (creencias), edad o nacionalidad, debe llamar a la **Oficina de Derechos Civiles** del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) al 1-800-368-1019 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697) o a la Oficina de Derechos Civiles de su localidad.

Si siente que no lo han tratado con imparcialidad o que no se han respetado sus derechos, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que esté enfrentando en los siguientes lugares:

- **Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local.** Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2.
- **Llame a Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Para obtener más información sobre sus derechos:

- **Llame a Servicios para los miembros de nuestro plan al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Llame a su SHIP local**. Para obtener más detalles, consulte el Capítulo 2.
- **Contacte a Medicare**.
    - Visite www.Medicare.gov para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare, disponible en www.Medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
    - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan

Lo que tiene que hacer como miembro de nuestro plan se enumera a continuación. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y con las normas que debe cumplir para obtenerlos.** Utilice esta *Evidencia de cobertura* para obtener información sobre lo que se cubre y las normas que debe cumplir para obtener estos servicios cubiertos.
    - Los Capítulos 3 y 4 contienen información sobre sus servicios médicos.
    - Los Capítulos 5 y 6 proporcionan detalles sobre la cobertura de los medicamentos de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o para medicamentos, debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le brinda información sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al doctor y a otros proveedores de atención médica que está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro del plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus doctores y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y realizando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus doctores y otros proveedores de atención médica sobre sus problemas de salud. Siga las instrucciones y los planes de tratamiento que usted y sus doctores hayan acordado.
    - Asegúrese de que los doctores conozcan todos los medicamentos que esté tomando, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene alguna pregunta, no dude en hacerla y obtener una respuesta que sea capaz de comprender.
- **Sea considerado.** Esperamos que nuestros miembros respeten los derechos de otros pacientes. También esperamos que usted actúe de una manera que contribuya al buen funcionamiento del consultorio de su doctor, de los hospitales y de otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Debe continuar pagando la prima de su Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por el plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, tiene que continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro del plan.
- **Si se muda dentro del área de servicio de nuestro plan, debemos estar al tanto de esto** para mantener actualizado su registro de miembro y para saber cómo podemos comunicarnos con usted.
- **Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro del plan.**
- **Si se muda, comuníqueselo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 9:
Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud

Este capítulo explica 2 tipos de procesos para el manejo de problemas e inquietudes:

- Para algunos problemas, debe usar el **proceso para decisiones de cobertura y apelaciones**.
- Para otros problemas, debe usar el **proceso para presentar quejas** (también denominadas reclamos).

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

La información de este capítulo lo ayudará a identificar el proceso correcto que debe seguir y lo que debe hacer.

Sección 1.1 Términos legales

Existe terminología legal para algunas de las normas, procedimientos y tipos de plazos que se explican en este capítulo. Muchos de estos términos son desconocidos para la mayoría de las personas. Para facilitar las cosas, este capítulo utiliza palabras más familiares en lugar de algunos términos legales.

Sin embargo, a veces es importante conocer los términos legales correctos. Para ayudarlo a saber qué términos utilizar para obtener la ayuda o información relevante, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le brindamos, tenemos la obligación de respetar su derecho a reclamar. Siempre debe llamar a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar ayuda. En algunas situaciones, es posible que

también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Las dos organizaciones que pueden ayudarlo son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)

Cada estado cuenta con un programa gubernamental conformado por asesores capacitados. El programa no está relacionado con nosotros ni con ninguna compañía de seguros o plan de salud. Los asesores de este programa pueden ayudarlo a comprender el proceso que debe utilizar para tratar el problema que tenga. Además, ellos también pueden responder preguntas, darle más información y orientarlo sobre lo que debe hacer.

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. Para obtener la información de contacto, consulte la Sección 3 del Capítulo 2.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para solicitar ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite www.Medicare.gov.

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

¿Su problema o inquietud tiene que ver con sus beneficios o su cobertura?

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.**

No.

Consulte la **Sección 10, Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes.**

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas relacionados con sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, generalmente hacemos referencia a artículos y servicios médicos y a medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Usted utiliza el proceso de decisiones de cobertura y apelaciones para asuntos tales como determinar si algo tiene cobertura o no y la forma en que se cubre.

Cómo solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si quiere saber si cubriremos la atención médica antes de recibirla, puede pedirnos que tomemos una decisión de cobertura para usted. Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su doctor de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no pertenece a la red, esta remisión se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que usted o su doctor de la red puedan demostrar que usted recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o que la *Evidencia de cobertura* deje claro que el servicio remitido no está cubierto bajo ninguna condición. Usted o su doctor también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su doctor no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o se rehúsa a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, la solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de decisión de cobertura, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que se cubre y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir que la atención médica no está cubierta o que ya no tiene cobertura para usted. Si está en desacuerdo con esta decisión de cobertura, puede presentar una apelación.

Cómo presentar una apelación

Si tomamos una decisión de cobertura, ya sea antes o después de recibir un beneficio, y usted no se siente satisfecho, puede **apelar** la decisión. Una apelación es una manera formal

de pedirnos que revisemos y modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos. En ciertas circunstancias, puede solicitar una **apelación rápida** o acelerada de una decisión de cobertura. Su apelación es analizada por revisores distintos a los que tomaron la decisión original.

Cuando apela una decisión por primera vez, se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que tomamos para comprobar si cumplimos con las normas de forma correcta. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas la solicitud de apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de casos en los que se rechazará una solicitud son: si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo o si usted pide que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, le enviaremos un aviso explicando por qué se ha rechazado la solicitud y cómo solicitar una revisión del rechazo.

Si rechazamos la totalidad o parte de su apelación de Nivel 1 para atención médica, esta pasará automáticamente a ser una apelación de Nivel 2 y será evaluada por una organización de revisión independiente que no esté vinculada con nosotros.

- No es necesario que haga nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare exigen que enviemos automáticamente su apelación para atención médica al Nivel 2 si no estamos completamente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Consulte la **Sección 5.4** para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre su atención médica.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan con más detalle en la Sección 6.

Si no está satisfecho con la decisión de la apelación de Nivel 2, es posible que pueda avanzar a niveles adicionales de apelación (este capítulo explica los procesos de apelación de Nivel 3, 4 y 5).

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

A continuación, se incluyen algunos recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- **Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico.

- **Su doctor puede realizar la solicitud por usted.** Si su doctor lo asiste con una apelación más allá del Nivel 2, tiene que ser designado como su representante. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com).
    - Su doctor puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre para la atención médica o los medicamentos de la Parte B. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si su apelación de Nivel 1 es rechazada, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, un familiar u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.kelseycareadvantage.com). Este formulario le otorga a esa persona la autorización de actuar en su nombre. Debe estar firmado por usted y por la persona que usted quiere que actúe en su nombre. Usted debe darle al plan una copia del formulario firmado.
    - Podemos aceptar una solicitud de apelación de un representante sin el formulario, pero no podemos terminar nuestra revisión si no lo recibimos. Si no recibimos el formulario antes de nuestro plazo para tomar una decisión sobre su apelación, se rechazará su solicitud de apelación. Si esto sucede, le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a la organización de revisión independiente que revise nuestra decisión de rechazar su apelación.

- **También tiene derecho a contratar a un abogado.** Puede comunicarse con su propio abogado u obtener el nombre de un abogado del colegio de abogados local u otro servicio de remisión. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para pedir algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para distintas situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes normas y plazos. A continuación, detallamos cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo ciertos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto (*se aplica solo a estos servicios*: servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos [CORF])

Si no está seguro de qué información le corresponde, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su SHIP.

SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 5.1 Qué hacer si tiene problemas para obtener cobertura para atención médica o si desea que le reembolsemos la parte que nos corresponde del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. En algunos casos, se aplican diferentes normas a una solicitud de medicamentos de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué se diferencian las normas para los medicamentos de la Parte B de las normas para artículos y servicios médicos.

Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las 5 siguientes situaciones:

1. No está recibiendo la atención médica que quiere y cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

2. Nuestro plan no autoriza la atención médica que desea brindarle su doctor u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre dicha atención. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 5.2.**

3. Recibió atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, pero le hemos comunicado que no pagaremos dicha atención. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica que cree que nuestro plan debería cubrir, por lo que quiere solicitar que el plan le reembolse el costo de esta atención. **Envíenos la factura. Sección 5.5.**

5. Se le comunica que la cobertura que tenía para determinados servicios de atención médica que estaba recibiendo se reducirá o se interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar su salud. **Presente una apelación. Sección 5.3.**

Nota: Si la cobertura que se interrumpirá es para atención hospitalaria, servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF), consulte las Secciones 7 y 8. Se aplican normas especiales para estos tipos de atención.

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

Una decisión de cobertura que incluye su atención médica se denomina **determinación de la organización**.

Una decisión de cobertura rápida se denomina **decisión acelerada**.

Paso 1: Decida si necesita una decisión de cobertura estándar o una decisión de cobertura rápida.

Una decisión de cobertura estándar suele tomarse en un plazo de 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras normas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos, o 72 horas para medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma en un

plazo de 72 horas para servicios médicos o de 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:

- Puede *solicitar solamente* cobertura para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago por artículos o servicios que ya recibió).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si los plazos estándares podrían poner su salud en grave peligro o dificultar la recuperación de su capacidad funcional.

Si su doctor nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, aceptaremos automáticamente proporcionarle una decisión de cobertura rápida.

Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su doctor, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:

- Explique que utilizaremos los plazos estándar.
- Explique que, si su doctor pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
- Explique que puede presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó.

Paso 2: Pida a nuestro plan que tome una decisión de cobertura o una decisión de cobertura rápida.

- Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para atención médica que usted desea. Usted, su doctor o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Paso 3: Consideramos su solicitud de cobertura para atención médica y le damos nuestra respuesta.

Para decisiones de cobertura estándar, usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta en un plazo de 7 días calendario después de que recibamos su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a las normas de autorización previa. Si solicita un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras normas de autorización previa, le daremos una respuesta en un plazo de 14 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos su solicitud.

- **No obstante,** si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está

solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.

- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le daremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre quejas).

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

Una decisión de cobertura rápida significa que le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas si solicita un artículo o servicio médico. Si solicita un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Consulte la Sección 10 para obtener más información sobre quejas). Lo llamaremos tan pronto como tomemos la decisión.
- Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura para atención médica, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de atención médica que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 5.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan acerca de una decisión de cobertura sobre atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

Una apelación rápida también se denomina **reconsideración acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 30 días calendario o de 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas.

- Si apelará una decisión que tomamos sobre la cobertura para atención médica, usted o su doctor deben decidir si necesita una apelación rápida. Si su doctor nos dice que su salud exige una apelación rápida, le daremos una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 5.2.

Paso 2: Solicite una apelación o una apelación rápida a nuestro plan.

- **Si solicita una apelación estándar, preséntela por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos por teléfono. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Para solicitar una apelación rápida, preséntela por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información sobre su decisión médica. Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.**

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, realizamos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- En caso de ser necesario, recopilaremos más información y es posible que nos comuniquemos con usted o con su doctor.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional si usted solicita un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** automáticamente remitiremos su apelación a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 30 días calendario** después de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B que todavía no recibió, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si está solicitando un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomarnos tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que no deberíamos tomarnos días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener más información sobre quejas).

- Si no le damos una respuesta en el plazo establecido (o al final de la extensión del plazo), enviaremos su solicitud a una apelación de Nivel 2, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó,** debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o **en un plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** la enviaremos automáticamente a la organización de revisión independiente para una apelación de Nivel 2.

Sección 5.4 Proceso de apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La **organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare**. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

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

- Le enviaremos a esta organización la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Si se le concedió una apelación rápida en el Nivel 1, también se le concederá una apelación rápida en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación rápida, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de las 72 horas** de haber recibido su apelación.

- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.

Si se le concedió una apelación estándar en el Nivel 1, también se le concederá una apelación estándar en el Nivel 2.

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. La organización de revisión independiente no puede tomarse tiempo adicional para tomar una decisión si usted solicita un medicamento de la Parte B.

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

La organización de revisión independiente le comunicará su decisión por escrito y los motivos que la fundamentan.

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de un artículo o servicio médico,** debemos autorizar la cobertura de la atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares.** En el caso de las **solicitudes aceleradas**, tenemos un plazo de **24 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si esta organización rechaza una parte o la totalidad de su apelación,** significa que está de acuerdo con nosotros en que su solicitud de cobertura para atención médica (o parte de ella) no se debe autorizar. (Esto se llama **confirmar la decisión** o **rechazar**

su apelación). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique su decisión.
- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para atención médica alcanza un determinado mínimo. El aviso por escrito que reciba de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
- Le indique cómo presentar una apelación de Nivel 3.

Paso 3: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los procesos de apelaciones de los Niveles 3, 4 y 5.

Sección 5.5 Si nos pide que le paguemos la parte que nos corresponde de una factura que usted recibió por concepto de atención médica

En el Capítulo 7, se describen las situaciones en las cuales es posible que usted deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que le envió un proveedor. También le dice cómo enviarnos la documentación que nos solicita el pago.

La solicitud de reembolso implica una decisión de cobertura de parte nuestra

Si nos envía la documentación correspondiente solicitando un reembolso, está pidiendo una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si usted ha cumplido con todas las normas para el uso de su cobertura para atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura, y usted cumplió con todas las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo, por lo general, en un plazo de 30 días calendario y no más tarde de 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud:** Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* cumplió con todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que le informaremos que no pagaremos la atención médica y las razones.

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud, **puede presentar una apelación**. Si presenta una apelación, significa que nos está pidiendo que cambiemos la decisión de cobertura que tomamos al rechazar su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelaciones de la Sección 5.3. En el caso de las apelaciones relativas al reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle nuestra respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle atención médica que ya ha recibido y pagado, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, tendremos que enviarle el pago a usted o al proveedor en un plazo de 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Sus beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para tener cobertura, su medicamento se debe utilizar para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener más información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre las normas, restricciones, costos y medicamentos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **En esta sección, se tratan solamente sus 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 externos* 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 con las normas, puede consultarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no se puede surtir de la manera como está hecha, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura**.

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y su cobertura o con relación al monto que pagaremos por sus medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Pidiendo que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos del plan. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo que no apliquemos una restricción a la cobertura del plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, con los criterios de autorización previa, o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo pagar un monto de costo compartido menor por un medicamento cubierto en un nivel de costo compartido mayor. **Solicite una excepción. Sección 6.2**
- Pidiendo la aprobación previa de un medicamento. **Solicite una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagando por un medicamento con receta que ya compró. **Pídanos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que hayamos tomado, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos es una **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento es una **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto es una **excepción de nivel**.

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su doctor o la persona autorizada a dar recetas tendrá que explicar las razones médicas por las que usted necesita que se apruebe la excepción. Estos son 3 ejemplos de excepciones que usted, su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figure en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, deberá pagar el costo compartido que se aplique a los medicamentos del Nivel 4 (Medicamento no preferido). No puede solicitar que hagamos una excepción al monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento.
2. **Eliminar una restricción para un medicamento cubierto**. El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que aplican a determinados medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos. Si aceptamos hacer una excepción y no aplicar una restricción en su caso, puede pedirnos una excepción en el monto de costo compartido que le pedimos que pague por el medicamento.

3. **Cambiar la cobertura de un medicamento a un nivel de costo compartido inferior.** Todos los medicamentos de nuestra Lista de medicamentos se encuentran en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto menor sea el nivel de costo compartido, menor será el monto que le corresponderá pagar del costo del medicamento.
    - Si nuestra Lista de medicamentos tiene medicamentos alternativos para tratar su afección que se encuentran en un nivel de costo compartido inferior al de su medicamento, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda a los medicamentos alternativos.
    - Si el medicamento que está tomando es un producto biológico, puede pedirnos que cubramos su medicamento a un monto de costo compartido menor. Este sería el nivel más bajo que contiene alternativas de productos biológicos para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento de marca, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas de marca para tratar su afección.
    - Si el medicamento que está tomando es un medicamento genérico, puede pedirnos que cubramos su medicamento al monto de costo compartido que corresponda al nivel más bajo que contenga alternativas genéricas o de marca para tratar su afección.
    - No puede pedirnos que cambiemos el nivel de costo compartido de ningún medicamento del Nivel 5 (Nivel de especialidad).

- Si aprobamos su solicitud de excepción de nivel y hay más de un nivel de costo compartido más bajo con medicamentos alternativos que usted no puede tomar, generalmente paga el monto más bajo.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su doctor debe explicarnos las razones médicas

Su doctor o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su doctor o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, la Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que usted solicita y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general, no aprobaremos su solicitud de excepción. Si nos solicita una excepción de nivel, en general, *no* aprobaremos su solicitud de excepción, a menos que todos los medicamentos alternativos del nivel de costo compartido más bajo no funcionen igual para usted o que sea probable que provoquen 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. Será válida mientras su doctor siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

Una decisión de cobertura rápida se denomina una **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 realizan en un plazo de **72 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor. Las **decisiones de cobertura rápidas** se realizan en un plazo de **24 horas** después de que recibamos la declaración de su doctor.

Si su salud lo exige, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. **Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir con 2 requisitos:**

- Estar solicitando un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró).
- Utilizar los plazos estándares podría poner su salud en grave peligro o dañar su capacidad funcional.
- **Si su doctor o la persona autorizada a dar recetas nos dice que su salud exige una decisión de cobertura rápida, le proporcionaremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si nos pide la decisión de cobertura rápida usted mismo, sin el apoyo de su doctor o la persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud exige que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos la decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta que:
    - Explique que utilizaremos los plazos estándar.
    - Explique que, si su doctor u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, se la proporcionaremos automáticamente.
    - Le indique cómo presentar una queja rápida sobre nuestra decisión de proporcionarle una decisión de cobertura estándar en lugar de la decisión de cobertura rápida que solicitó. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos la cobertura para 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 enviada en el formulario *CMS Model Coverage Determination Request Form* (Solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS) o en el formulario de nuestro plan, los cuales están disponibles en nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

Usted, su doctor (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que constituye las razones médicas para la excepción. Su doctor o la persona autorizada a dar recetas puede enviarnos la declaración por fax o por correo. O su doctor o la

persona autorizada a dar recetas puede llamarnos por teléfono y, después, enviar una declaración escrita por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 24 horas después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre un medicamento que aún no recibió

- Generalmente, deberemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de que recibamos la declaración de respaldo de su doctor. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura** que aceptamos proporcionar **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos su solicitud o la declaración del doctor que respalde su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, usted puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa solicitar nuevamente la cobertura de medicamento que usted quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación al plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada**.

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

Una apelación estándar generalmente se realiza en un plazo de 7 días calendario. Una apelación rápida generalmente se realiza en un plazo de 72 horas. Si su salud lo exige, solicite una apelación rápida.

- Si apelará una decisión que tomamos acerca de un medicamento que todavía no recibió, usted y su doctor o la persona autorizada a dar recetas deberán decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida, que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su doctor u otra persona autorizada a dar recetas deben comunicarse con nosotros y presentar una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, presente una solicitud por escrito o comuníquese con nosotros.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, presente su apelación por escrito o comuníquese con nosotros al 1-800-707-8194.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito,** incluida una solicitud enviada en el formulario CMS Model Coverage Determination Request Form (Solicitud de determinación de cobertura modelo de CMS), el cual está disponible en nuestro sitio web www.kelseycareadvantage.com. Incluya su nombre, información de contacto e información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso por escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta sobre la decisión de cobertura. Si se vence este plazo, y usted tiene una buena razón para haberlo dejado vencer, explique la razón por la cual se demoró su apelación cuando la presente. Es posible que le demos más tiempo para presentar su apelación. Algunos ejemplos de una causa justificada pueden ser una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos, o que le hayamos brindado información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su doctor pueden añadir más información para sustentar su apelación.

Paso 3: Evaluamos su apelación y le damos una respuesta.

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si cumplimos con todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su doctor o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta **en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura que aceptamos proporcionar en un plazo de 72 horas después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar para un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le daremos la respuesta antes si aún no recibió el medicamento y su salud así lo exige.
    - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el proceso de apelación de Nivel 2.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura tan pronto como su salud lo requiera, pero no más tarde de **7 días calendario** después de que recibamos su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle nuestra respuesta **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su apelación.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que la revisará una organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó,** también debemos pagarle en un plazo de **30 días calendario** después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. También le informaremos cómo puede apelar.

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

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

El nombre formal para la organización de revisión independiente es **Entidad de revisión independiente**. A veces se la denomina **IRE** (del inglés “Independent Review Entity”).

La organización de revisión independiente es una organización independiente contratada por Medicare. No tiene ninguna relación con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es la correcta o si se debería cambiar. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, doctor u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación de Nivel 1, el aviso por escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación de Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe presentar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable, o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación de **riesgo** bajo nuestro programa de administración de medicamentos, remitiremos automáticamente su solicitud a la IRE.
- Le enviaremos a la organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso**.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente más información para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente la información relacionada con su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo exige, pida una apelación rápida a la organización de revisión independiente.

- 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.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no recibió. Si usted solicita que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **en un plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 24 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó,** debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente **en un plazo de 72 horas** después de que recibamos la decisión de dicha organización.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de que recibamos la decisión de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar su solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta que:

- Explique su decisión.

- Le informe sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que solicita alcanza un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que usted solicita es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación, y la decisión de Nivel 2 es definitiva.
- Le informe el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto

Cuando lo ingresan en un hospital, usted tiene derecho a obtener todos sus servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y el tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su doctor y el personal del hospital colaborarán con usted para prepararlo para el día en que le den el alta. Ayudarán a coordinar la atención que pueda necesitar cuando se vaya.

- El día que deja el hospital es la **fecha del alta**.
- Cuando se haya decidido la fecha del alta, su doctor o el personal del hospital se la comunicará.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario siguientes a su ingreso en el hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *An Important Message from Medicare about Your Rights* (Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos). Todos los miembros de Medicare reciben una

copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien del hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), pídaselo a cualquier empleado del hospital. Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Le informa sobre:
    - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante su hospitalización y después de esta, según lo indique su doctor. Esto incluye el derecho a saber cuáles son esos servicios, quién pagará por ellos y dónde puede obtenerlos.
    - Su derecho a participar en cualquier decisión sobre su hospitalización.
    - Dónde informar cualquier inquietud que tenga sobre la calidad de su atención hospitalaria.
    - Su derecho a **solicitar una revisión inmediata** de la decisión del alta hospitalaria si considera que lo están dando de alta del hospital demasiado pronto. Esta constituye una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha del alta para que su atención hospitalaria se cubra por más tiempo.
2. **Se le pedirá que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió y que comprende sus derechos.**
    - Se le pedirá que firme el aviso a usted o a alguien que actúe en su nombre.
    - Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no indica su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que usted esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener acceso a la información sobre cómo presentar una apelación (o comunicar alguna inquietud sobre la calidad de la atención) en caso de que la necesite.
    - Si firma el aviso más de 2 días calendario antes de su fecha del alta, recibirá otra copia antes de la fecha programada para el alta.
    - Para consultar una copia de este aviso con anticipación, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. También puede ver el aviso en Internet, en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha del alta del hospital

Para pedirnos que cubramos sus servicios hospitalarios para pacientes internados durante un período más prolongado, utilice el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La Sección 3 del Capítulo 2 contiene la información de contacto del SHIP.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Comprueba si su fecha prevista del alta es médicamente apropiada para usted. La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros profesionales de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye revisar las fechas del alta del hospital para las personas que tienen Medicare. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad de su estado y pida una revisión inmediata de su alta del hospital. Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*An Important Message from Medicare About Your Rights* [Mensaje importante de Medicare sobre sus derechos]) le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Para presentar la apelación, debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad *antes* de que se vaya del hospital y **no después de la medianoche el día de su alta**.
    - **Si usted cumple con este plazo**, podrá permanecer en el hospital *después* de la fecha del alta *sin que deba pagar por ello* mientras espera la decisión de la Organización para la mejora de la calidad.

- **Si no cumple con este plazo, comuníquese con nosotros.** Si decide quedarse en el hospital después de la fecha prevista del alta, *es posible que deba pagar los costos* correspondientes a la atención hospitalaria que reciba después de la fecha prevista del alta.

- Una vez que solicite una revisión inmediata de su alta del hospital, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Antes del mediodía del día siguiente a que hayamos sido contactados, le entregaremos un **Aviso detallado del alta.** En este aviso se indica su fecha prevista del alta y se explican en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.
- Para obtener una muestra del **Aviso detallado del alta**, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. O puede ver un aviso de muestra en línea en www.CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así quiere.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su doctor y revisarán la información que el hospital y nosotros les hayamos dado.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen sobre su apelación, usted recibirá de parte nuestra un aviso por escrito en el que se le indicará su fecha prevista del alta. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su doctor, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información necesaria, la Organización para la mejora de la calidad le dará la respuesta de su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente la *acepta,* **debemos seguir prestándole servicios hospitalarios para pacientes internados cubiertos durante el tiempo que sean médicamente necesarios.**

- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Además, es posible que haya limitaciones en sus servicios hospitalarios cubiertos.

¿Qué sucede si la rechazan?

- Si la organización de revisión independiente la *rechaza*, significa que la fecha prevista del alta es médicamente apropiada. En caso de que esto suceda, **nuestra cobertura para los servicios hospitalarios para pacientes internados finalizará** al mediodía del día *posterior* al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.
- Si la organización de revisión independiente *rechaza* su apelación, y usted decide permanecer en el hospital, **es posible que deba pagar el costo total** de la atención hospitalaria que reciba después del mediodía del día posterior al día en que la Organización para la mejora de la calidad le dé la respuesta de su apelación.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación, *y* usted permanece en el hospital después de la fecha prevista del alta, puede presentar otra apelación. Presentar otra apelación significa que avanzará al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha del alta del hospital

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de la hospitalización posterior a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en que finalizó su cobertura para atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, los revisores de la Organización para la mejora de la calidad decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

Si la organización de revisión independiente la acepta:

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención hospitalaria que recibió desde el mediodía del día después de la fecha en que la Organización para la mejora de la calidad rechazó su primera apelación. **Debemos seguir brindando la cobertura de atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesario**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

Si la organización de revisión independiente la rechaza:

- Significa que están de acuerdo con la decisión que tomaron sobre su apelación de Nivel 1. Esto se llama confirmar la decisión.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, usted tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios de atención médica a domicilio, atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** cubiertos, tiene derecho a seguir recibiendo sus servicios para ese tipo de atención, siempre que la atención sea necesaria para diagnosticar y tratar su enfermedad o lesión.

Cuando decidimos que es hora de dejar de cubrir alguno de los 3 tipos de atención, estamos obligados a decírselo por anticipado. Cuando finalice su cobertura para esa atención, *dejaremos de pagar la parte que nos corresponde del costo de su atención*.

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le informa sobre cómo puede solicitar una **apelación rápida.** Solicitar una apelación rápida es una forma legal y formal de solicitar un cambio a nuestra decisión de cobertura sobre cuándo dejar de prestar atención médica.

1. **Usted recibirá un aviso por escrito**, al menos, 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso le informará sobre:

   - La fecha en la que dejaremos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para pedirnos que continuemos cubriendo su atención durante un período de tiempo más prolongado.

2. **Se le pedirá a usted, o a alguien que actúe en su nombre, que firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* demuestra que usted ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más prolongado, deberá usar el proceso de apelaciones para presentar esta solicitud. Antes de empezar, comprenda lo que debe hacer y los plazos.

- **Siga el proceso.**
- **Cumpla con los plazos.**
- **Pida ayuda si la necesita**. Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O bien llame a su Programa estatal de asistencia sobre seguro

médico (SHIP) para obtener ayuda personalizada. La Sección 3 del Capítulo 2 contiene la información de contacto del SHIP.

Durante una apelación de Nivel 1, la Organización para la mejora de la calidad revisa su apelación. Decide si la fecha de finalización de su atención es médicamente adecuada. La **Organización para la mejora de la calidad** se compone de un grupo de doctores y otros expertos de la salud a los que les paga Medicare para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto incluye la revisión de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida.* Debe actuar rápidamente.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió *(Aviso de no cobertura de Medicare)* le explica cómo puede comunicarse con esta organización. O busque el nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Actúe rápido:

- Debe comunicarse con la Organización para la mejora de la calidad para iniciar su apelación **antes del mediodía del día previo a la fecha de entrada en vigencia** que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con un plazo y quiere presentar una apelación, igual tendrá derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de no cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado también se encuentran en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre los motivos de la finalización de la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted, o a su representante, por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así quiere.
- La organización de revisión independiente también consultará su información médica, hablará con su doctor y revisará la información que le haya dado nuestro plan.
- Al final del día en que los revisores nos informan sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* de parte nuestra, donde se explicarán detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: En un plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores la aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, entonces **debemos seguir prestándole los servicios cubiertos mientras sigan siendo médicamente necesarios**.
- Usted tendrá que seguir pagando la parte que le corresponde de los costos (como deducibles o copagos, si corresponden). Es posible que haya limitaciones en sus servicios cubiertos.

¿Qué sucede si los revisores la rechazan?

- Si los revisores la *rechazan*, entonces **su cobertura finalizará en la fecha que le indicamos**.
- Si decide continuar recibiendo servicios de atención médica a domicilio, servicios en un centro de atención de enfermería especializada o servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **usted deberá pagar el costo total** de esta atención.

Paso 4: Si rechazan su apelación de Nivel 1, usted decide si quiere presentar otra apelación.

- Si los revisores *rechazan* su apelación de Nivel 1, y usted decide seguir recibiendo la atención después de que haya finalizado la cobertura, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más prolongado

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión sobre su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que usted deba pagar el costo total de los servicios de atención médica a domicilio, de los servicios en un centro de atención de enfermería especializada o de los servicios en un centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF) *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad nuevamente para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión **en un plazo de 60 días calendario** después del día en que la Organización para la mejora de la calidad *haya rechazado* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad realiza una segunda revisión de su situación.

- Los revisores de la Organización para la mejora de la calidad harán otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su apelación.

Paso 3: En un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, los revisores decidirán sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que ha recibido desde la fecha en que dijimos que terminaría su cobertura. **Debemos seguir brindando la cobertura** para su atención durante el tiempo que sea médicamente necesaria.
- Usted debe seguir pagando la parte que le corresponde de los costos, y es posible que se apliquen limitaciones de cobertura.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente la rechaza?

- Significa que están de acuerdo con la decisión tomada sobre su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si quiere continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para avanzar hacia el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, usted tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay otros 3 niveles de apelación después del Nivel 2; el total es de 5 niveles de apelación. Si desea pasar a una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibirá después de su decisión de apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico por el que ha apelado cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el valor en dólares es inferior al nivel mínimo, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará cómo presentar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si el juez administrativo o mediador acepta su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en una apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 favorable para usted. Si decidimos apelar, avanzará a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o prestarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del juez administrativo o mediador.
    - Si decidimos apelar la decisión, le enviaremos una copia de la solicitud de apelación de Nivel 4 con los documentos relacionados. Podemos esperar la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o prestarle la atención médica en cuestión.

- **Si el juez administrativo o mediador rechaza su apelación, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si se acepta su apelación o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable para una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.** A diferencia de una decisión tomada en el Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 4 favorable para usted. Nosotros decidiremos si será necesario apelar esta decisión en el Nivel 5.
    - Si decidimos *no* apelar la decisión, debemos autorizar o prestarle la atención médica en un plazo de 60 días calendario después de que recibamos la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si se rechaza su apelación o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación, en el aviso que reciba se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5 y cómo continuar con una apelación de Nivel 5.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal federal de distrito** revisará su apelación.

- Un juez revisará toda la información y decidirá si *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si ha presentado una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento por el que apela alcanza un monto en dólares determinado, es posible que pueda avanzar hacia otros niveles de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los primeros 2 niveles. La revisión de su apelación la manejan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo o un mediador que trabaja para el gobierno federal** revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, puede pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. El aviso que reciba le indicará qué hacer en el caso de una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de apelaciones de Medicare** (Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado**. Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó el Consejo **dentro de las 72 horas (24 horas para apelaciones aceleradas) o realizar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario** después de que recibamos la decisión.

- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede* concluir o *no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión de rechazar su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, en el aviso se le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También indicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer a continuación si decide seguir 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 *aceptar* o *rechazar* su solicitud. Esta es una respuesta final. No hay más niveles de apelación después del Tribunal de Distrito Federal.

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 tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas *solo* se aplica a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente. A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden tratarse a través del proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que ha recibido (incluida la atención en el hospital)?
Respeto de su privacidad	• ¿Alguien no respetó su derecho a la privacidad o compartió información confidencial?
Falta de respeto, mal servicio al cliente u otro comportamiento negativo	• ¿Alguien ha sido descortés o le ha faltado el respeto? • ¿Está insatisfecho con la manera en que lo han tratado en Servicios para los miembros? • ¿Le parece que lo están alentando a dejar nuestro plan?

Queja	Ejemplo
Tiempos de espera	• ¿Está teniendo problemas para conseguir una cita o tiene que esperar demasiado para conseguirla? • ¿Ha tenido que esperar demasiado a doctores, farmacéuticos u otros profesionales de la salud? ¿O ha tenido que esperar demasiado por Servicios para los miembros u otro personal de nuestro plan? ○ Entre los ejemplos, se incluye esperar demasiado en el teléfono, en la sala de espera o de consulta o para recibir una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o el consultorio de un doctor?
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le hemos dado un aviso con la debida antelación? • ¿Nuestra información escrita es difícil de comprender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se relacionan con la *puntualidad* de nuestras medidas respecto de las decisiones de cobertura y las apelaciones).	Si ha pedido una decisión de cobertura o ha presentado una apelación, y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Nos ha pedido una *decisión de cobertura rápida* o ha solicitado una *apelación rápida*, y rechazamos su pedido; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para las decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Considera que no estamos cumpliendo con los plazos para reembolsarle o cubrir determinados artículos o servicios médicos o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Considera que no hemos cumplido los plazos exigidos para remitir su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja se denomina **interponer un reclamo**.

Utilizar el proceso de quejas se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por teléfono o por escrito.

- **Llamar a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) suele ser el primer paso.** Si debe hacer algo más, Servicios para los miembros se lo indicará.
- **Si no quiere llamar (o si llamó y no quedó satisfecho), puede presentar su queja por escrito y enviárnosla.** Si presentó su queja por escrito, le responderemos por escrito.
- Tiene derecho a una respuesta oportuna cuando interpone un reclamo sobre nuestros servicios o las decisiones tomadas por el plan. Cada reclamo se revisa individualmente, y responderemos en función de la urgencia de sus necesidades de salud.
    - Si su reclamo se relaciona con nuestra negativa a acelerar una solicitud de servicios médicos que aún no ha recibido, se considera un reclamo acelerado (rápido). Responderemos en un plazo de **24 horas**.
    - Para todos los demás reclamos, responderemos en un plazo de **30 días calendario** a partir de la fecha en que recibamos su queja.
    - Podemos ampliar este plazo hasta **14 días adicionales** si:
        - Usted solicita la ampliación.
        - O bien si necesitamos más información y podemos demostrar que el retraso es conveniente para usted.
    - Recibirá una respuesta por escrito si:
        - La solicita.
        - Envía el reclamo por escrito.
        - O bien su reclamo involucra la **calidad de atención**.
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario a partir del momento en que tuvo el problema sobre el que se quiere quejar.

Paso 2: Analizaremos su queja y le daremos una respuesta.

- **De ser posible, le daremos una respuesta de inmediato.** Si nos llama por una queja, tal vez podamos darle una respuesta en esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia, o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más** (44 días calendario en total) para responder a su queja. Si decidimos tomarnos días adicionales, se lo notificaremos por escrito.
- **Si presenta una queja porque se rechazó su solicitud de una decisión de cobertura rápida o una apelación rápida, le concederemos automáticamente una queja rápida.** Si se le ha concedido una queja rápida, quiere decir que le daremos **una respuesta en un plazo de 24 horas**.
- **Si no estamos de acuerdo** con la totalidad o una parte de la queja o si no nos hacemos responsables del problema por el que se está quejando, incluiremos nuestras razones en la respuesta que le brindemos.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, tiene otras 2 opciones:

- **Puede presentar su queja directamente a la Organización para la mejora de la calidad**. La Organización para la mejora de la calidad es un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos de la salud a quienes el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O BIEN,

- **Puede presentar su queja ante nosotros y la Organización para la mejora de la calidad al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Signature directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10:
Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en KelseyCare Advantage Signature puede ser algo **voluntario** (cuando lo decide usted) o **involuntario** (cuando no es usted quien lo decide):

- Es posible que deje nuestro plan porque usted decide que *quiere* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre la cancelación voluntaria de su membresía.
- También existen situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que debemos cancelar su membresía.

Si usted deja nuestro plan, este debe seguir proporcionándole atención médica y medicamentos con receta, y usted seguirá pagando su costo compartido hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede cancelar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es desde el **15 de octubre hasta el 7 de diciembre.**
- **Elija si desea mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiarse a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de planes:
    - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o bien

- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
  - Si escoge esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Su membresía en nuestro plan se cancelará** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** cada año.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo y también para los nuevos beneficiarios de Medicare que se inscriben en un plan MA, desde el mes en el que tienen cobertura de la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes de cobertura.
- **Durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** usted puede:
  - Cambiarse a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura para medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura a través de Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare durante este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare al mismo tiempo.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en otro plan Medicare Advantage o de que recibamos su solicitud para cambiarse a Original Medicare. Si también elige inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su membresía en el plan de medicamentos comenzará el primer día del mes después de que el plan de medicamentos reciba su solicitud de inscripción.

Sección 2.3 En ciertas situaciones, puede cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial

En determinadas situaciones, los miembros de KelseyCare Advantage Signature pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otros momentos del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Usted puede ser elegible para cancelar su membresía durante un Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar www.Medicare.gov.

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- Si usted es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare.
- Si rompemos nuestro contrato con usted.
- Si está recibiendo atención en una institución, como un centro de cuidados o un hospital de atención a largo plazo (LTC).

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiar de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de inscripción varían según cada caso.

Para saber si es elegible para un Período de inscripción especial, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si es elegible para cancelar su membresía debido a una situación especial, puede elegir cambiar tanto su cobertura de salud como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir:

- Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare, o bien
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en la cobertura para medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

- **Si recibe Ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de cobertura de sus medicamentos:** Si se cambia a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que usted opte por no participar en la inscripción automática.

Sección 2.4 Cómo obtener más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene preguntas sobre la cancelación de su membresía, puede:

- **Llamar a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).**
- Encontrar la información en el manual ***Medicare & You 2026*** (Medicare y Usted 2026).
- Llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

SECCIÓN 3 Cómo cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiarse de nuestro plan a:	Esto es lo que debe hacer:
Otro plan de salud de Medicare	• *Inscribirse en el nuevo plan de salud de Medicare.* • *Su inscripción en KelseyCare Advantage Signature se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.*
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• *Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare.* • *Su inscripción en* KelseyCare Advantage Signature *se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.*

Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• ***Enviarnos una solicitud por escrito para* cancelar la inscripción.** *Llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)* si necesita más información sobre cómo hacerlo. • También puede llamar a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para solicitar la cancelación de su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. • Su inscripción en KelseyCare Advantage Signature se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos y medicamentos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo servicios y artículos médicos y medicamentos con receta a través de nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.**
- **Continúe utilizando las farmacias de nuestra red o el servicio de pedido por correo para obtener sus medicamentos con receta**.
- **Si está hospitalizado el día que finalice su membresía, nuestro plan cubrirá su hospitalización hasta que lo den de alta** (incluso si lo dan de alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 KelseyCare Advantage Signature debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

KelseyCare Advantage Signature debe cancelar su membresía en nuestro plan en cualquiera de los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A ni la Parte B de Medicare.
- Si se muda fuera del área de servicio.

- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses.
    - Si se muda o realiza un viaje largo, comuníquese con Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se mude o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano de los Estados Unidos o no está legalmente presente en los Estados Unidos.
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le ofrezca cobertura para medicamentos con receta.
- Si intencionalmente nos brinda información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad para ser miembro de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si permanentemente se comporta de una forma que sea perturbadora y nos dificulte brindarles atención médica a usted y a otros miembros de nuestro plan. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacer que deje nuestro plan por esta razón, a menos que primero recibamos permiso de Medicare).
    - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional de la Parte D por sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene preguntas o quiere recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud

KelseyCare Advantage Signature no está autorizado a pedirle que deje nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud.

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Tiene derecho a presentar una queja si cancelamos su membresía en nuestro plan

Si cancelamos su membresía en nuestro plan, tenemos la obligación de darle por escrito nuestros motivos para dicha cancelación. Además, debemos explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). Además, es posible que se apliquen otras leyes federales y, en determinadas circunstancias, las leyes del estado en el que vive. Esto puede afectar sus derechos y responsabilidades, incluso si las leyes no están incluidas ni explicadas en este documento.

SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación

No discriminamos por cuestiones de raza, origen étnico, nacionalidad, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historia médica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964), la Ley de Rehabilitación de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), la Ley de Discriminación por Edad de 1975 (Age Discrimination Act of 1975), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act), la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo (Affordable Care Act), todas las demás leyes que se aplican a las organizaciones que reciben fondos federales y cualquier otra ley o norma que se aplique por cualquier otra razón.

Si desea obtener más información o tiene alguna inquietud en cuanto a discriminación o un trato que no ha sido imparcial, 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 de su localidad. También puede consultar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en www.HHS.gov/ocr/index.html.

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, llámenos a Servicios para los miembros al 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, Secciones 422.108 y 423.462 del CFR, KelseyCare Advantage Signature, como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Apelación: una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegarle una solicitud de cobertura para servicios de atención médica o medicamentos con receta, o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con nuestra decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Área de servicio: zona geográfica en la que debe vivir para inscribirse en un determinado plan de salud. Para los planes que limitan qué doctores y hospitales usted puede utilizar, también suele ser el área en la que puede obtener servicios de rutina (que no sean de emergencia). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si usted se muda fuera del área de servicio del plan de manera permanente.

Atención de emergencia: servicios cubiertos que: 1) presta un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y 2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección de emergencia.

Autorización previa: aprobación por adelantado para obtener servicios o determinados medicamentos en función de criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa se indican en el formulario, y los criterios para esto están publicados en nuestro sitio web.

Auxiliar de atención médica a domicilio: una persona que presta servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con la atención personal (por ejemplo, bañarse, ir al baño, vestirse o realizar ejercicios prescritos).

Ayuda adicional: un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos con receta de Medicare, como las primas, los deducibles y el coseguro.

Biosimilar intercambiable: un medicamento biosimilar que puede conseguirse como sustituto de un producto biosimilar original en una farmacia sin necesidad de una nueva receta porque cumple con requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la legislación estatal.

Cancelar la inscripción o **cancelación de la inscripción:** el proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Centro de atención de enfermería especializada (SNF): servicios de atención de enfermería especializada y rehabilitación especializada prestados todos los días de manera continua en un centro de atención de enfermería especializada. Algunos ejemplos de atención incluyen fisioterapia o las inyecciones intravenosas que solo puede aplicar un enfermero matriculado o un doctor.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (CORF): un centro que presta principalmente servicios de rehabilitación después de una enfermedad o lesión, como fisioterapia, servicios sociales o psicológicos, terapia respiratoria, terapia ocupacional y servicios de patología del habla y del lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Centro quirúrgico ambulatorio: un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que opera exclusivamente con el propósito de prestar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y cuya estadía prevista en el centro no supera las 24 horas.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS): es la agencia federal que administra Medicare.

Cobertura acreditable para medicamentos con receta: cobertura para medicamentos con receta (por ejemplo, de un empleador o un sindicato) que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare. Las personas que tienen este tipo de cobertura cuando pasan a ser elegibles para Medicare, por lo general, pueden mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse en un plan de cobertura para medicamentos con receta de Medicare más adelante.

Cobertura para medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes externos, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A ni la Parte B de Medicare.

Copago: un monto que pueden pedirle que pague como la parte que le corresponde del costo de un servicio o suministro médico, como una consulta con el doctor, una consulta hospitalaria como paciente externo o un medicamento con receta. Un copago es un monto fijo (por ejemplo, $10), más que un porcentaje.

Coseguro: un monto que pueden pedirle que pague, expresado en forma de porcentaje (por ejemplo, 20%), como la parte que le corresponde de los costos de los servicios o los medicamentos con receta.

Costo compartido diario: es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su doctor le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe realizar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan es de 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Costo compartido estándar: es el costo compartido que no es el costo compartido preferido que ofrece una farmacia de la red.

Costo compartido preferido: significa un costo compartido menor para determinados medicamentos cubiertos de la Parte D en farmacias específicas de la red.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios o medicamentos. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: 1) un deducible que el plan puede imponer antes de cubrir los servicios o medicamentos; 2) un copago fijo que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico; o 3) un coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Costo de suministro: un honorario que se cobra cada vez que se entrega un medicamento cubierto para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que le lleva al farmacéutico preparar y envolver el medicamento con receta.

Costos que paga de su bolsillo: consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro de pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Cuidado asistencial: el cuidado asistencial es la atención personal que se brinda en un centro de cuidados, un hospicio u otro centro cuando usted no requiere atención médica especializada o atención de enfermería especializada. El cuidado asistencial que pueden brindar personas que no tienen habilidades ni preparación profesionales incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de la silla, desplazarse, e ir al baño. También puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas realizan por sí mismas, como ponerse gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Deducible: el monto que usted debe pagar por los medicamentos con receta o por la atención médica antes de que nuestro plan pague.

Determinación de cobertura: una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por el plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura se denominan **decisiones de cobertura** en este documento.

Determinación de la organización: una decisión que toma nuestro plan acerca de si los servicios o artículos están cubiertos o cuánto le corresponde pagar a usted por los servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Emergencia: una emergencia médica es cuando usted, o cualquier otra persona prudente con un conocimiento normal sobre salud y medicina, cree que tiene síntomas médicos que requieren atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y si es una mujer embarazada, al hijo por nacer), un miembro o la función de un miembro o que sufra la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Equipo médico duradero (DME): ciertos equipos médicos indicados por su doctor por razones médicas. Algunos ejemplos son andadores, sillas de ruedas, muletas, sistemas de colchones eléctricos, suministros para la diabetes, bombas de infusión intravenosa, dispositivos para la generación del habla, equipo de oxígeno, nebulizadores o camas de hospital recetadas por un proveedor para usar en el hogar.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (u otra persona calificada en su nombre) haya gastado $2,100 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura. Durante esta etapa de pago, el plan paga el costo total de sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Es posible que tenga costo compartido para medicamentos excluidos que están cubiertos por nuestro beneficio mejorado.

Etapa de cobertura inicial: esta es la etapa antes de que haya alcanzado el monto límite de costos que paga de su bolsillo.

Evidencia de cobertura (Evidence of Coverage, EOC) y Divulgación de información: en este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan lo obliga a probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que solicita, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos esa limitación, o si nuestro plan limita la cantidad o la dosis del medicamento que solicita (una excepción al formulario).

Facturación de saldos: cuando un proveedor (como un doctor u hospital) le factura al paciente más que el monto del costo compartido permitido de nuestro plan. Como miembro de KelseyCare Advantage Signature, usted solo tiene que pagar los montos del costo compartido del plan cuando recibe servicios cubiertos por nuestro plan. No permitimos que los proveedores le **facturen el saldo** ni que le cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que usted debe pagar.

Farmacia de la red: una farmacia que tiene un contrato con nuestro plan en la que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta se cubren solamente si los obtiene en una de las farmacias de la red.

Farmacia fuera de la red: una farmacia que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o proporcionar medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Herramienta de beneficios en tiempo real: un portal o aplicación de computadora en el que las personas inscritas pueden buscar información completa, precisa, oportuna, clínicamente adecuada y específica para inscriptos sobre formularios y beneficios. Esto incluye montos de costo compartido, medicamentos alternativos del formulario que pueden utilizarse para la misma afección que un medicamento determinado, y restricciones de cobertura (autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad) que se aplican a los medicamentos alternativos.

Hospicio: un beneficio que proporciona un tratamiento especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa que tiene una esperanza de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan debe proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si elige un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Podrá seguir recibiendo todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: es cuando lo ingresan formalmente al hospital para que reciba servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente externo.

Indicación médicamente aceptada: un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como American Hospital Formulary Service Drug Information y el Sistema de Información Micromedex DRUGDEX.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (Supplemental Security Income, SSI): un beneficio mensual que paga el Seguro Social a personas con ingresos y recursos limitados que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales a los beneficios del Seguro Social.

Límites de cantidad: una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites se pueden aplicar a la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

Lista de medicamentos cubiertos (formulario o Lista de medicamentos): una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Medicaid (o asistencia médica): un programa conjunto estatal y federal que ayuda a solventar los costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid pueden variar, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Médicamente necesario: servicios, suministros o medicamentos que son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.

Medicamento biosimilar: producto biológico que es muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Por lo general, los biosimilares son tan seguros y eficaces como los productos biológicos originales. Algunos biosimilares pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta. (Consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: medicamento con receta que fabrica y vende la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos los fabrican y venden otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Medicamento genérico: un medicamento con receta que está aprobado por la FDA, dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico suele tener el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Medicamento seleccionado: medicamento cubierto por la Parte D para el que Medicare negoció un precio máximo justo.

Medicamentos cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Medicamentos de la Parte D: medicamentos que pueden tener cobertura de la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Algunos grupos de medicamentos han sido excluidos por el Congreso como medicamentos cubiertos de la Parte D. Ciertos grupos de medicamentos de la Parte D deben estar cubiertos por todos los planes.

Medicare: el programa federal de seguros médicos destinado a personas de 65 años o más, algunas personas menores de 65 años con ciertas discapacidades y personas que padecen enfermedad renal terminal (por lo general, las que tienen insuficiencia renal permanente que requiere diálisis o trasplante de riñón).

Miembro (miembro de nuestro plan o miembro del plan): una persona con Medicare elegible para recibir servicios cubiertos, que se ha inscrito en nuestro plan y cuya inscripción han confirmado los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS).

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (IRMAA): si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5% de las personas con Medicare se ven afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más alta.

Monto límite de costos que paga de su bolsillo: el monto máximo de costos que paga de su bolsillo para los medicamentos de la Parte D.

Monto máximo que paga de su bolsillo: el monto máximo que usted paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red de la Parte A y la Parte B. Los montos que paga por las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en los montos máximos que paga de su bolsillo.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: un monto que se suma a su prima mensual del plan de la cobertura para medicamentos de Medicare si usted no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos lo mismo que la cobertura para medicamentos con receta estándar de Medicare) durante un período continuo de 63 días o más, después de ser elegible por primera vez para inscribirse en un plan de la Parte D.

Nivel de costo compartido: cada medicamento de la Lista de medicamentos cubiertos está en uno de los 6 niveles de costo compartido. En general, cuanto mayor sea el nivel de costo compartido, mayor será el costo que usted deberá pagar por el medicamento.

Organización para la mejora de la calidad (QIO): un grupo de doctores en ejercicio y otros expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y mejorar la atención que se brinda a los pacientes con Medicare.

Original Medicare (**Medicare tradicional** o **plan de Medicare con pago por servicio**)**:** Original Medicare es ofrecido por el gobierno y no por planes de salud privados, como los planes Medicare Advantage y los planes de medicamentos con receta. En Original Medicare, los servicios de Medicare se cubren pagándoles a los doctores, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Puede consultar con cualquier doctor, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga la parte que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga la parte que le corresponde a usted. Original Medicare tiene 2 partes: La Parte A (seguro hospitalario) y la Parte B (seguro médico), y está disponible en todas partes de los Estados Unidos.

Parte C: consulte Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Período de beneficios: la manera en que nuestro plan y Original Medicare miden su uso de los servicios de hospitales y centros de atención de enfermería especializada (SNF). Un período de beneficios comienza el día en que usted ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido atención hospitalaria para pacientes internados (o atención especializada en un SNF) durante 60 días consecutivos. Si ingresa en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada después de que un período de beneficios haya terminado, comenzará un período de beneficios nuevo. No hay un límite en la cantidad de períodos de beneficios.

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: el plazo de tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de marzo en que los miembros de un plan Medicare Advantage pueden

cancelar sus inscripciones 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 en un plan separado de medicamentos con receta de Medicare en ese momento. El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage también está disponible durante un período de 3 meses después de que una persona es elegible para Medicare por primera vez.

Período de inscripción abierta: 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 cambiarse a Original Medicare.

Período de inscripción especial: un tiempo establecido para que los miembros puedan cambiar su plan de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Las situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de inscripción especial son las siguientes: 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 centro de cuidados o si no cumplimos nuestro contrato con usted.

Período de inscripción inicial: el tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible por primera vez para recibir Medicare. Si es elegible para Medicare cuando cumpla 65 años, el Período de inscripción inicial es el período de 7 meses que comienza 3 meses antes del mes en que cumpla 65 años, incluye el mes en que cumpla 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumpla 65 años.

Persona doblemente elegible: persona que reúne los requisitos para recibir cobertura de Medicare y Medicaid.

Plan de necesidades especiales de elegibilidad doble (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (Título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a la asistencia médica de un plan estatal de Medicaid (Título XIX). Los Estados cubren algunos costos de Medicare, dependiendo del Estado y de la elegibilidad de la persona.

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días seguidos en determinados centros de atención a largo plazo. Incluyen los siguientes tipos de planes: Planes de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) institucionales equivalentes (Institutional-equivalent SNP, IE-SNP), SNP institucionales híbridos (Hybrid Institutional SNP, HI-SNP) y SNP institucionales basados en instalaciones (Facility-based Institutional SNP, FI-SNP).

Plan de necesidades especiales institucional equivalente (IE-SNP): restringe la inscripción a las personas elegibles para MA que viven en la comunidad pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Plan de necesidades especiales para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): son Planes de necesidades especiales que restringen la inscripción a las personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Plan de necesidades especiales: un tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que tienen Medicare y Medicaid, que viven en centros de cuidados o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Plan de salud de Medicare: un plan de salud de Medicare ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindar los beneficios de la Parte A y la Parte B a personas con Medicare que se inscriban en nuestro plan. Incluye todos los planes Medicare Advantage, los planes de Medicare Cost, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto/de demostración y los Programas de atención integral para personas de edad avanzada (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Plan de una Organización de proveedores preferidos (PPO): un plan de una Organización de proveedores preferidos es un plan Medicare Advantage que tiene una red de proveedores contratados que han acordado tratar a los miembros del plan por un monto de pago específico. Un plan de PPO debe cubrir todos los beneficios del plan, independientemente de si los brindan proveedores dentro o fuera de la red. El costo compartido del miembro será generalmente superior cuando reciba los beneficios del plan de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de costos que paga de su bolsillo por servicios recibidos de proveedores de la red (preferidos) y un límite más alto de total combinado de costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores dentro de la red (preferidos) y fuera de la red (no preferidos).

Plan Medicare Advantage (MA): a veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan ofrecido por una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), ii) una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO), iii) un Plan privado de pago por servicio (Private Fee-for-Service, PFFS) o iv) un plan de Cuenta de ahorro para gastos médicos (Medical Savings Account, MSA) 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 la mayoría de los casos, los planes Medicare Advantage también ofrecen la Parte D (cobertura para medicamentos con receta) de Medicare. Estos planes se llaman **planes Medicare Advantage con cobertura para medicamentos con receta**.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): seguro complementario de Medicare que venden compañías de seguros privadas para cubrir los *períodos sin cobertura* de Original Medicare. Las pólizas Medigap solo funcionan con Original Medicare. (Un plan Medicare Advantage no es una póliza Medigap).

Precio máximo justo: el precio negociado por Medicare para un determinado medicamento.

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o de medicamentos con receta.

Producto biológico original: un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y sirve como referencia para los fabricantes que elaboran una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Producto biológico: medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células animales, células vegetales, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no pueden copiarse exactamente, por lo que las formas alternativas se denominan biosimilares (Consulte "**Producto biológico original**" y "**Medicamento biosimilar**").

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

Programa de manejo del tratamiento farmacológico (MTM): un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas que se ofrece a las personas que cumplen determinados requisitos o que están en un Programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM incluyen una conversación con un farmacéutico o un proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Prótesis y órtesis: dispositivos médicos que incluyen, entre otros, dispositivos ortopédicos para brazos, espalda y cuello; extremidades artificiales; ojos artificiales; y dispositivos necesarios para reemplazar una parte o una función interna del cuerpo, como suministros para ostomía y terapia de nutrición enteral y parenteral.

Proveedor de atención primaria (PCP): el doctor u otro proveedor con quien consulta primero para la mayoría de los problemas de salud. En muchos planes de salud de Medicare, usted debe consultar con su proveedor de atención primaria antes de consultar con otro proveedor de atención médica.

Proveedor de la red: proveedor es el término general para referirnos a doctores, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que están autorizados o certificados por Medicare y el Estado para prestar servicios de atención médica. Los **proveedores de la red** tienen un contrato con nuestro plan para aceptar nuestro pago como pago total y, en algunos casos, para coordinar y prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de la red también se denominan **proveedores del plan**.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: un proveedor o centro que no ha celebrado un contrato con nuestro plan para coordinar o prestar servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no emplea, reconoce ni dirige nuestro plan.

Queja: el nombre formal para presentar una queja es **interponer un reclamo**. El proceso de quejas se aplica *solo* a determinados tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas relacionados con la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que usted recibe. También incluye las quejas si nuestro plan no respeta los plazos en el proceso de apelación.

Reclamo: tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, proveedores o farmacias, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de su atención. Esto no está relacionado con disputas de cobertura ni de pago.

Remisión: orden escrita de su doctor de atención primaria para que consulte a un especialista o reciba determinados servicios médicos. Sin una remisión, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios cubiertos por Medicare: son los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. Todos los planes de salud de Medicare deben cubrir todos los servicios cubiertos por la Parte A y la Parte B de Medicare. El término Servicios cubiertos por Medicare no incluye los beneficios adicionales como visión, cuidado dental o audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Servicios cubiertos: el término que utilizamos para referirnos a todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Servicios de rehabilitación: estos servicios incluyen rehabilitación para pacientes internados, fisioterapia (pacientes externos), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Servicios de urgencia: un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, sin ser una emergencia, es un servicio de urgencia si usted se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o si no es razonable, teniendo en

cuenta la hora, el lugar y las circunstancias, que reciba este servicio de parte de proveedores de la red. Algunos ejemplos de servicios de urgencia son las enfermedades y lesiones imprevistas o los brotes imprevistos de enfermedades existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los controles anuales) no se consideran urgentes aunque usted se encuentre fuera del área de servicio del plan o la red de nuestro plan no esté disponible temporalmente.

Servicios para los miembros: un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía, sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Servicios preventivos: atención de salud para prevenir enfermedades o detectarlas en una fase temprana, cuando es probable que el tratamiento funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda adicional.

Tratamiento escalonado: herramienta de utilización que exige que usted pruebe otro medicamento para tratar su afección antes de que cubramos el medicamento que le recetó el doctor en primer lugar.

Servicios para los miembros de KelseyCare Advantage Signature

Método	Servicios para los miembros: información de contacto
Llame al	713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343. Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales. Los Servicios para los miembros, 713-442-CARE (2273) o gratis al 1-866-535-8343 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), también ofrece un servicio gratuito de interpretación para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. El horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, los siete días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. El servicio de mensajes se utiliza los fines de semana, fuera del horario de atención y en los días festivos federales.
Fax	713-442-5450
Escriba a	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832 memberservices@kelseycareadvantage.com
Sitio web	www.kelseycareadvantage.com

Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas)

El Programa de Defensa y Asesoramiento de Información sobre la Salud (HICAP) (SHIP de Texas) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llame al	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Este número requiere un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.
Escriba a	Texas Department of Aging and Disability Services 701 West 51st Street, MC: W275 Austin, TX 78751
Sitio web	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de la PRA *Según la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act, PRA) de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que esta contenga un número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) válido. El número de control de la OMB válido para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO

Aviso de disponibilidad de servicios de asistencia lingüística

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Español: ATENCIÓN: Si habla español, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-866-535-8343 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

Chinese: 注意：如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。 我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。 致电 1-866-535-8343（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Korean: 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-866-535-8343 (TTY: 711)**번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.**

Arabic: تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل وخدمات مساعدة مناسبة بتنسيقات المعلومات لتوفير الخدمة مقدم إلى تحدث أو -الرقم على اتصل .مجانًا إليها الوصول يمكن

Urdu :دیں دھیان: اگر آپ اردو میں زبان مدد اور خدمات کی مدد میں زبان مدد تو ہیں بولتے اردو آپ اگر :دیں دھیان: حواصالت مدد اور خدمات کی مدد میں زبان مدد تو ہیں بولتے اردو آپ اگر :دیں دھیان

کریں۔ کال پر 1-866-535-8343 ہیں۔ دستیاب لیے کے آپ ،ہرنٹ بڑے جیسے ،مدارس دوسرے

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-866-535-8343 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

French: ATENCIÓN: Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le 1-866-535-8343. (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप दहिंी बोलते हैं, तो आपके ललए न ि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएि उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जा कारी प्रि कर े के ललए उपयुक्त सहायक साध और सेवाएँ भी न ि:शुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-535-8343. (TTY: 711) पर कॉल करें या अप े प्रिाता से बात करें।

Persian :Fuente اگر به زبان فارسی صحبت میکنید، خدمات رایگان کمک زبانی و ارتباطات رایگان در قالبهای دیگر، مانند چاپ بزرگ، برای شما در دسترس است. با شماره 1-866-535-8343.(TTY: 711) تماس بگیرید

German: ACHTUNG: Falls Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste und kostenlose Kommunikation in anderen Formaten, wie zum große Schrift, zur Verfügung. Rufen Sie 1 -866-535-8343. (TTY: 711).

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષા સહાય સેવાઓ અને મોટા અ૧□□ T□□્ષરો જેવા અન્ય ફોમેટમાાં મફત સાંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-535-8343 Descarga de información. (TTY: 711).

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-866-535-8343 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Japanese: 日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル（誰もが利用できるよう配慮された）な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。 1-866-535-8343(TT Y:711)までお電話ください。または、ご利用の事業者にご相談ください。

Laotian: ເຊີນຊາບ: ຖາ້ທ່ານເວ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດາ້ນພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫທ້່ານ. ມີເຄ່ ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເຫມາະສ ມເພ່ ອໃຫຂ້ໍ້ມູນໃນຮູບ ແບບທີ່ສາມາດເຂ້ ົາເຖິງໄດ ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫ ລ ມກັບຜູ້ໃຫບໍ້ລິການຂອງທ່ານ.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESO A LAS COMUNICACIONES

Kelsey-Seybold y las entidades afiliadas a Kelsey-Seybold cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Brindamos ayudas y servicios gratuitos para ayudarlo a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También proporcionamos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número gratuito 1-866-535-8343, (TTY 711).

Si cree que no proporcionamos estos servicios o que lo discriminamos de otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de Derechos Civiles:

Coordinador de Derechos Civiles de Optum
1 Optum Circle
Pradera del Edén, MN 55344
Optum_Civil_Rights@Optum.com

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número gratuito 1-866-535-8343 (TTY 711).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.:

En línea: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf

Teléfono: Llamada gratuita: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Correo: Departamento de Salud y Servicios Humanos
de EE. UU. 200 Independence Avenue, SW
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, DC 20201

Los formularios de quejas están disponibles en

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html. Este aviso está disponible en

www.kelseycareadvantage.com

Aviso de privacidad de información médica

Vigente a partir del 8 de mayo de 2023

Estamos obligados por ley a proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica cómo podemos usar la información sobre usted y cuándo podemos dar o "divulgar" esa información a otros. También tiene derechos con respecto a su información médica que se describen en este aviso. La ley nos exige cumplir con los términos de este aviso.

Los términos "información" o "información de salud" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que razonablemente pueda usarse para identificarlo y que se relacione con su condición de salud física o mental, la prestación de atención médica o el pago de dicha atención médica. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionadas con la notificación en caso de una violación de su información médica.

Tenemos derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso. Si realizamos un cambio sustancial en nuestras prácticas de privacidad, le proporcionaremos, en nuestra próxima distribución anual, un aviso revisado o información sobre el cambio material y cómo obtener un aviso revisado. Le proporcionaremos esta información por correo directo o electrónicamente, de acuerdo con la ley aplicable. En todos los casos, si mantenemos un sitio web para su plan de salud en particular, publicaremos el aviso revisado en el sitio web de su plan de salud, www.kelseycareadvantage.com. Nos reservamos el derecho de hacer que cualquier aviso revisado o modificado sea efectivo para la información que ya tenemos y para la información que recibamos en el futuro.

UnitedHealth Group recopila y mantiene información oral, escrita y electrónica para administrar nuestro negocio y proporcionar productos, servicios e información de importancia para nuestros afiliados. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y de procedimiento en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros afiliados, de acuerdo con los estándares estatales y federales aplicables, para protegerlos contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido.

Cómo recopilamos, usamos y divulgamos información

Recopilamos , usamos y divulgamos su información médica para proporcionar esa información:

- A usted o a alguien que tenga el derecho legal de actuar en su nombre (su representante personal) para administrar sus derechos como se describe en este aviso; y

- Al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos, si es necesario, para asegurarse de que su privacidad esté protegida.

Tenemos derecho a recopilar, usar y divulgar información médica para su tratamiento, para pagar su atención médica y para operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos recopilar, usar y divulgar su información médica:

- **Para el pago** de las primas que nos adeuda, para determinar su cobertura y para procesar reclamos por servicios de atención médica que recibe, incluida la subrogación (cuando lo permita el

ley) o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura puede estar cubierto.

- **Para tratamiento.** Podemos recopilar, usar y divulgar información médica para ayudar en su tratamiento o la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos recopilar información de sus médicos u hospitales o divulgarla para ayudarlos a brindarle atención médica.

- **Para operaciones de atención médica.** Podemos recopilar, usar y divulgar información médica según sea necesario para operar y administrar nuestras actividades comerciales relacionadas con la provisión y administración de su cobertura de atención médica. Por ejemplo, podemos hablar con su médico para sugerirle un programa de bienestar o manejo de enfermedades que podría ayudar a mejorar su salud o podemos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. También podemos anonimizar la información de salud de acuerdo con las leyes aplicables. Después de que esa información sea anonimizada, la información ya no está sujeta a este aviso y podemos usar la información para cualquier propósito legal.

- **Para proporcionarle información sobre programas o productos relacionados con la salud** , como tratamientos y programas médicos alternativos o sobre productos y servicios relacionados con la salud, sujeto a los límites impuestos por la ley.

- **Para patrocinadores de planes.** Si su cobertura es a través de un plan de salud grupal patrocinado por el empleador, podemos compartir información de salud resumida e información de inscripción y cancelación de inscripción con el patrocinador del plan. Además, podemos compartir otra información de salud con el patrocinador del plan para fines de administración del plan si el patrocinador del plan acepta restricciones especiales sobre su uso y divulgación de la información de acuerdo con la ley federal.

- **Para fines de suscripción.** Podemos recopilar, usar y divulgar su información médica con fines de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para tales fines.

- **Para recordatorios.** Podemos recopilar, usar y divulgar información médica para enviarle recordatorios sobre sus beneficios o atención, como recordatorios de citas con proveedores que le brindan atención médica.

- **Para comunicaciones con usted.** Podemos comunicar, electrónicamente o por teléfono, estos mensajes de tratamiento, pago u operación de atención médica utilizando números de teléfono o direcciones de correo electrónico que nos proporcione.

Podemos recopilar, usar y divulgar su información médica para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- **Según lo exija la ley.** Podemos divulgar información cuando así lo exija la ley.

- **A las personas involucradas en su atención.** Podemos recopilar, usar y divulgar su información médica a una persona involucrada en su atención o que ayude a pagar su atención, como un miembro de la familia, cuando esté incapacitado o en una emergencia,

o cuando esté de acuerdo o no se oponga cuando se le dé la oportunidad. Si no está disponible o no puede objetar, usaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Se aplican reglas especiales con respecto a cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en el cuidado de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada, antes de la muerte, en el cuidado o pago por el cuidado de una persona fallecida, a menos que sepamos que hacerlo sería inconsistente con una preferencia expresada previamente por el fallecido.

- **Para actividades de salud pública** , como informar o prevenir brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.

- **Para denunciar víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a las autoridades gubernamentales que están autorizadas por ley para recibir dicha información, incluida una agencia de servicios sociales o de servicios de protección.

- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, como licencias, auditorías gubernamentales e investigaciones de fraude y abuso.

- **Para procedimientos judiciales o administrativos** , como en respuesta a una orden judicial, orden de registro o citación.

- **Para fines de aplicación de la ley.** Podemos divulgar su información médica a un oficial de la ley para fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.

- **Para evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad** para usted, otra persona o el público, por ejemplo, divulgando información a agencias de salud pública o autoridades policiales, o en caso de una emergencia o desastre natural.

- **Para funciones gubernamentales** especializadas, como actividades militares y de veteranos, actividades de inteligencia y seguridad nacional, y los servicios de protección para el presidente y otros.

- **Para la compensación de trabajadores** según lo autorizado por, o en la medida necesaria para cumplir con, las leyes estatales de compensación de trabajadores que rigen las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Para fines de investigación** , como investigaciones relacionadas con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidades, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley federal de privacidad.

- **Para proporcionar información sobre los difuntos.** Podemos divulgar información a un médico forense o examinador médico para identificar a una persona fallecida, determinar la causa de la muerte o según lo autorice la ley. También podemos divulgar información a los directores de funerarias según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.

- **Para fines de obtención de órganos.** Podemos recopilar, usar y divulgar información a entidades que manejan la obtención, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.

- **A instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y la seguridad o la salud y seguridad de los demás; o (3) para la seguridad de la institución correccional.

- **A los socios comerciales** que realizan funciones en nuestro nombre o nos brindan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, bajo contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no se les permite recopilar, usar y divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato y según lo permitido por la ley federal.

- **Restricciones adicionales de uso y divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones especiales de privacidad que restringen el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida la información altamente confidencial sobre usted. Dichas leyes pueden proteger los siguientes tipos de información:

    1. Abuso de alcohol y sustancias
    2. Información biométrica
    3. Abuso o negligencia de niños o adultos, incluida la agresión sexual
    4. Enfermedades transmisibles
    5. Información genética
    6. VIH/SIDA
    7. Salud mental
    8. Información de menores
    9. Prescripciones
    10. Salud reproductiva
    11. Enfermedades de transmisión sexual

Si el uso o la divulgación de la información médica descrita anteriormente en este aviso está prohibido o limitado materialmente por otras leyes que se aplican a nosotros, es nuestra intención cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Excepto por los usos y divulgaciones descritos y limitados como se establece en este aviso, usaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto por circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar ni divulgar notas de psicoterapia sobre usted, vender su información médica a otros o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que son comunicaciones de marketing prohibidas por la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos dé autorización para divulgar su información médica, no podemos garantizar que el destinatario a quien se le proporciona la información no divulgará la información. Puede retirar o "revocar" su autorización por escrito en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos actuado en base a su autorización. Para saber dónde enviar su autorización por escrito y cómo revocarla, comuníquese con el número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud.

¿Cuáles son sus derechos?

Los siguientes son sus derechos con respecto a su información médica:

- **Tiene derecho a solicitar que se restrinjan los** usos o divulgaciones de su información para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a los miembros de la familia o a otras personas que estén involucradas en su atención médica o en el pago de su atención médica. También podemos tener políticas sobre el acceso de dependientes que autorizan a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga en cuenta que, si bien intentaremos cumplir con su solicitud y permitiremos solicitudes consistentes con nuestras políticas, no estamos obligados a aceptar ninguna restricción.**

- **Tiene derecho a solicitar recibir comunicaciones confidenciales** de información de una manera diferente o en un lugar diferente (por ejemplo, enviando información a un apartado postal en lugar de a su domicilio). Aceptaremos solicitudes razonables de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables. Sin embargo, en ciertas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal para recibir comunicaciones confidenciales; También podemos solicitarle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial anterior debe hacerse por escrito. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación.

- **Tiene derecho a ver y obtener una copia** de cierta información médica que mantenemos sobre usted, como reclamos y registros de casos o administración médica. Si mantenemos su información médica electrónicamente, tendrá derecho a solicitar que le enviemos una copia de su información médica en formato electrónico. También puede solicitar que proporcionemos una copia de su información a un tercero que identifique. En algunos casos, es posible que reciba un resumen de esta información de salud. Debe hacer una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o hacer que su información se envíe a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. En ciertas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información médica. Si denegamos su solicitud, es posible que tenga derecho a que se revise la denegación. Podemos cobrar una tarifa razonable por cualquier copia.

- **Tiene derecho a solicitar que se modifique** cierta información médica que mantenemos sobre usted, como reclamos y registros de gestión médica o de casos, si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe ser por escrito y proporcionar los motivos de la enmienda solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si denegamos su solicitud, es posible que se agregue una declaración de su desacuerdo a su información médica.

- **Tiene derecho a recibir un informe** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Esta contabilidad no incluirá divulgaciones de información realizadas: (i) para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica; (ii) a usted o de conformidad con su autorización; y (iii) a instituciones correccionales o funcionarios encargados de hacer cumplir la ley; y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no requiere que los EE. UU. proporcionen una contabilidad.

- **Tiene derecho a una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este

aviso en cualquier momento. Incluso si ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, aún tiene derecho a una copia impresa de este aviso. Si mantenemos un sitio web, publicaremos una copia del aviso revisado en nuestro sitio web. También puede obtener una copia de este aviso en su sitio web, www.kelseycareadvantage.com.

- **Tiene derecho a solicitar por escrito que corrijamos o modifiquemos** su información personal. Dependiendo de su estado de domicilio, es posible que tenga derecho a solicitar la eliminación de su información personal. Si no podemos cumplir con su solicitud, le notificaremos nuestra decisión. Si denegamos su solicitud, tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de las razones de su desacuerdo con nuestra evaluación de la disputa.información y lo que consideras que es la información correcta. Haremos que su declaración sea accesible para las partes que revisen la información en disputa.

Ejercicio de sus derechos

- **Comunicarse con su plan de salud.** Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o desea información sobre cómo ejercer sus derechos, **llame al número de teléfono gratuito para miembros que figura en su tarjeta de identificación del plan de salud o puede comunicarse al 1-866-535-8343.**
- **Presentar una solicitud por escrito.** Puede enviarnos por correo sus solicitudes por escrito para ejercer cualquiera de sus derechos, incluida la modificación o cancelación de una comunicación confidencial, la solicitud de copias de sus registros o la solicitud de enmiendas a su registro, a la siguiente dirección:

  Administrador de privacidad
  Administradores del plan KS LLC
  11511 Shadow Creek Parkway
  Pearland, TX 77584

- **Cronometraje.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito dentro de los 30 días hábiles posteriores a la recepción.

- **Presentar una queja.** Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nosotros en la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. sobre su queja. No tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.

[1]Este Aviso de Prácticas de Privacidad de Información Médica se aplica a los siguientes planes de salud afiliados a Optum: KS Plan Administrators, LLC y KelseyCare Administrators, LLC.

Aviso de privacidad de información financiera

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR LA **INFORMACIÓN FINANCIERA** SOBRE USTED**. PLEASE REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.**

Vigente a partir del 1 de enero de 2023

Los[3] nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. A los efectos de este aviso, "información financiera personal" significa información sobre un afiliado o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica a la persona, generalmente no está disponible públicamente y se recopila de la persona o se obtiene en relación con la prestación de cobertura de atención médica a la persona.

Información que recopilamos

Dependiendo del producto o servicio que tenga con nosotros, podemos recopilar información financiera personal sobre usted de las siguientes fuentes:

- Información que recibimos de usted en solicitudes u otros formularios, como nombre, dirección, edad, información médica y número de Seguro Social;
- Información sobre sus transacciones con nosotros, nuestros afiliados u otros, como el pago de primas y el historial de reclamos; y
- Información de una agencia de informes del consumidor.

Divulgación de información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros afiliados o ex afiliados a ningún tercero, excepto según lo exija o permita la ley. Por ejemplo, en el curso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que recopilemos sobre usted, sin su autorización, a los siguientes tipos de instituciones:

- A nuestras filiales corporativas, que incluyen proveedores de servicios financieros, como otras aseguradoras, y empresas no financieras, como procesadores de datos;
- A empresas no afiliadas para nuestros fines comerciales diarios, como procesar sus transacciones, mantener su(s) cuenta(s) o responder a órdenes judiciales e investigaciones legales; y
- A empresas no afiliadas que prestan servicios para nosotros, incluido el envío de comunicaciones promocionales en nuestro nombre.

Confidencialidad y seguridad

Mantenemos salvaguardas físicas, electrónicas y de procedimiento, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para proteger su información financiera personal contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido. Estas medidas incluyen protecciones informáticas, archivos y edificios seguros, y restricciones sobre quién puede acceder a su información financiera personal.

Preguntas sobre este aviso

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, llame **a KelseyCare Advantage al 1-866-535-8343.**

[3] A los efectos de este Aviso de privacidad de la información financiera, "nosotros" o "nos" se refiere a las entidades enumeradas en la nota al pie 1, a partir de la sexta página de los Avisos de prácticas de privacidad del plan de salud, además de las siguientes afiliadas de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; Corporación AmeriChoice; Soluciones de seguros Benefitter, Inc.; Sistemas de gestión de reclamos, Inc.; Proveedores de beneficios dentales, Inc.; Corporación Internacional Profesional del Oído; Corretaje de Seguros Excelsior, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Perspectiva dorada, Inc.; Compañía de Seguros Golden Rule; Agencia de Seguros HealthMarkets; Healthplex de CT, Inc.; Healthplex de ME, Inc.; Healthplex de Carolina del Norte, Inc.; Healthplex, Inc.; Beneficios de HealthSCOPE, Inc.; Servicios Internacionales de Atención Médica, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Gestión de la salud de nivel 2, LLC; Lif e Print Health, Inc.; Red Física Administrada, Inc.; Optum Care Networks, Inc; Optum Global Solutions (India) Private Limited; Soluciones de atención médica OptumHealth, LLC; Oxford Benef it Management, Inc.; Planes de salud de Oxford LLC; Alianza de Médicos de las Montañas Rocosas, LLC; Red POMCO, Inc.; POMCO, Inc.; Apelación real, LLC; Administradores de Solstice de Alabama, Inc.; Administradores de Solstice de Arizona, Inc.; Administradores de Solstice de Missouri, Inc.; Administradores de Solstice de Carolina del Norte, Inc.; Administradores de Solstice de Texas, Inc.; Administradores de Solstice, Inc.; Servicios de beneficios de Solstice, Inc.; Solsticio de Minnesota, Inc.; Solsticio de Nueva York, Inc.; Spectera, Inc.; Three Rivers Holding, Inc.; Holdings UHIC, Inc.; UMR, Inc.; Salud conductual unida; United Behavioral Health of New York I.P.A., Inc.; UnitedHealthcare, Inc.; United HealthCare Services, Inc.; Asesores de UnitedHealth, LLC; UnitedHealthcare Service LLC; Atención de urgencia MSO, LLC; Administradores de USHEALTH, LLC; Grupo USHEALTH, Inc.; y Vivify Health, Inc. Este Aviso de Privacidad de Información Financiera solo se aplica cuando lo exija la ley. Específicamente, no se aplica a (1) productos de seguro de atención médica ofrecidos en Nevada por Health Plan of Nevada, Inc. y Sierra Health and Lif e Insurance Company, Inc.; o (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que brindan excepciones para entidades cubiertas por HIPAA o productos de seguro de salud. Esta lista de planes de salud está completa a partir de la fecha de vigencia de este aviso.

MÉTODO	KelseyCare Advantage Servicios para Miembros - Información de contacto
LLAMAR	**1-866-535-8343** Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales. Servicios para Miembros también ofrece servicios gratuitos de intérprete para las personas que no hablan inglés.
TTY	**711** Las llamadas a este número son gratuitas. Desde el 1.º de octubre hasta el 31 de marzo, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. Desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre, el horario de atención es de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes. Utilizamos los servicios de mensajería los fines de semana, después de horas y en días festivos federales.
FAX	713-442-5450
ESCRIBE	KelseyCare Advantage ATTN: Member Services P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
SITIO WEB	www.KelseyCareAdvantage.com

Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP)

El Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (Health Information Counseling and Advocacy Program, HICAP) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal para brindar asesoramiento gratuito de seguro de salud local a personas con Medicare.

MÉTODO	Programa de Defensa y Asesoramiento sobre Información de la Salud (HICAP) (Texas' SHIP) – Información de contacto
LLAMAR	1-800-252-9240
TTY	1-800-735-2989 Para llamar a este número, es necesario contar con un equipo de teléfono especial y es únicamente para las personas que tengan dificultades para oír o hablar.
ESCRIBE	701 West 51st Street MC: W275 Austin, TX 78751
SITIO WEB	https://hhs.texas.gov/services/health/medicare

Declaración de divulgación de PRA: *De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995, no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de OMB válido. El número de control válido de 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.*