

2027

CORE (HMO)

EVIDENCIA DE COBERTURA

1-866-535-8343 (TTY: 711)
KelseyCareAdvantage.com

Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de cobertura de 2027:

Los beneficios y servicios de salud de Medicare como miembro de KelseyCare Advantage Core HMO

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura de salud de Medicare desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2027. **Este es un documento legal importante. Guárdelo en un lugar seguro.**

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

- Su prima del plan y el costo compartido.
- Sus beneficios médicos.
- 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 Core, es ofrecido por KelseyCare KS Plan Administrators, LLC (nombre comercial KelseyCare Advantage Core). Cuando esta Evidencia de cobertura dice “nosotros” o “nuestro”, hace referencia a KelseyCare KS Plan Administrators, LLC (nombre comercial KelseyCare Advantage Core). Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a KelseyCare Advantage Core.

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

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

Nuestra red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Recibirá aviso de cualquier cambio que pueda afectarle con al menos 30 días de antelación.

H0332_001EOC27_C

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro		4
SECCIÓN 1	Usted es miembro de KelseyCare Advantage Core	4
SECCIÓN 2	Requisitos de elegibilidad del plan	5
SECCIÓN 3	Materiales importantes para los miembros	6
SECCIÓN 4	Resumen de costos importantes para 2027	7
SECCIÓN 5	Cómo mantener al día su registro de miembro del plan	8
SECCIÓN 6	Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan	9
CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos		11
SECCIÓN 1	Contactos de KelseyCare Advantage Core	11
SECCIÓN 2	Cómo recibir ayuda de Medicare	14
SECCIÓN 3	Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP)	16
SECCIÓN 4	Organización para la mejora de la calidad (QIO)	17
SECCIÓN 5	Seguro Social	18
SECCIÓN 6	Medicaid	18
SECCIÓN 7	Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)	19
SECCIÓN 8	Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador	20
CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos		21
SECCIÓN 1	Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan	21
SECCIÓN 2	Use los proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica	23
SECCIÓN 3	Cómo obtener servicios cuando tiene una emergencia, una necesidad urgente de recibir atención o durante un desastre	27
SECCIÓN 4	¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios cubiertos?	30
SECCIÓN 5	Servicios médicos en un estudio de investigación clínica	31
SECCIÓN 6	Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención sanitaria no médica	33
SECCIÓN 7	Normas para la posesión de equipo médico duradero	34

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar)	37
SECCIÓN 1 Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos.....	37
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios médicos y costos.....	39
Detalles de la cobertura de beneficios odontológicos para 2027	79
SECCIÓN 3 Servicios que no cubre nuestro plan (exclusiones).....	81
CAPÍTULO 5: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos	85
SECCIÓN 1 Situaciones en las que debe pedirnos que paguemos nuestra parte de los servicios cubiertos	85
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que usted recibió	87
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no	88
CAPÍTULO 6: Sus derechos y responsabilidades	89
SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades culturales.....	89
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan	96
CAPÍTULO 7: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas).....	98
SECCIÓN 1 Lo que debe hacer si tiene un problema o una inquietud	98
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y ayuda personalizada	98
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema	99
SECCIÓN 4 Guía sobre decisiones de cobertura y apelaciones.....	100
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación	103
SECCIÓN 6 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que lo están dando de alta demasiado pronto.....	112
SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto.....	117
SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5	122

Índice

SECCIÓN 9	Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes	123
CAPÍTULO 8: Cancelación de la membresía en nuestro plan.....		128
SECCIÓN 1	Cancelación de su membresía en nuestro plan.....	128
SECCIÓN 2	¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?	128
SECCIÓN 3	Cómo cancelar su membresía en nuestro plan	130
SECCIÓN 4	Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan	131
SECCIÓN 5	KelseyCare Advantage Core debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones.....	131
CAPÍTULO 9: Avisos legales		134
SECCIÓN 1	Aviso sobre leyes vigentes.....	134
SECCIÓN 2	Aviso sobre no discriminación	134
SECCIÓN 3	Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare.....	135
CAPÍTULO 10: Definiciones		136

CAPÍTULO 1:

Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Usted es miembro de KelseyCare Advantage Core

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

Usted está cubierto por Medicare y ha elegido recibir la cobertura de salud de Medicare a través de nuestro plan, KelseyCare Advantage Core. 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 Core 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. KelseyCare Advantage Core no incluye cobertura para medicamentos de la Parte D.

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 Core cubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción 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 Core desde el 1 de enero de 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027.

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 Core después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar KelseyCare Advantage Core 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 o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para KelseyCare Advantage Core

KelseyCare Advantage Core 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: Austin, Brazoria, Chambers, Fort Bend, Grimes, Harris, Liberty, Montgomery, San Jacinto, Walker, Waller y Wharton. Nuestra área de servicio incluye estas partes 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 Ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos, o no ciudadanos elegibles

Para ser miembro de un plan de salud de Medicare, debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a KelseyCare Advantage Core si usted no puede seguir siendo miembro

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

de nuestro plan por este motivo. KelseyCare Advantage Core debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Materiales importantes para los miembros

Sección 3.1 Tarjeta de membresía del plan

Deberá usar su tarjeta de membresía cada vez que reciba un servicio cubierto por nuestro plan. También deberá mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor, si la tiene. Modelo de la tarjeta de membresía:

KelseyCare Advantage

JOHN Q SAMPLE

ID Number: KCA000XXXX

Issuer: (80840) 92101567898

Policy #: H0332

PCP Network: KelseyCare Advantage Network

PCP: \$X, Specialist: \$XX

ER: \$XXX, Urgent Care: \$XX

MOOP: \$XXXX

Deductible: \$X

Plan Name (HMO)

Rx Bin: 610011

RxPCN: CTRXMEDD

RxGroup: KCAMEDD

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

H0332_<XXX>

Member Services (TTY: 711)

24/7 Nurse Hotline

Prescription Drug (Optum Rx)

UBH Mental Health

Spectera/UHC Vision

UM/Medical/Authorization

Dental Benefit Providers/UHC Dental

XXX-XXX-XXXX

XXX-XXX-XXXX

XXX-XXX-XXXX

XXX-XXX-XXXX

XXX-XXX-XXXX

XXX-XXX-XXXX

XXX-XXX-XXXX

Send Medical Claims to:

PO BOX 31031, Tampa, FL 33631; EDI: KELSE (prof); KELSI (institutional)

Send Mental Health & Substance Abuse Claims to:

UBH - PO Box 30757, Salt Lake City, UT 84130-0757

Send Dental Claims to:

PO BOX 30567, Salt Lake City, UT 84130-0567

www.KelseyCareAdvantage.com

Dental Benefit Providers, Inc. network access in your market may also be provided by: CONNECTION Dental, MaximumCare, or Diversified (NV).

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 Core, 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 o de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare (también denominados ensayos clínicos).

Si la tarjeta de membresía 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

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 Core autorice el uso de proveedores fuera de la red.

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 4 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
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 <u>monto máximo</u> 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 obtener detalles).	\$4,500
Consultas en el consultorio del proveedor de atención primaria	Copago de \$0 por consulta
Consultas en el consultorio del especialista	Copago de \$20 por consulta
Hospitalizaciones Incluye diversas hospitalizaciones, como cuidados agudos, rehabilitación y atención a largo plazo. La hospitalización comienza el día en que ingresa formalmente con una orden del doctor y termina el día anterior a que reciba el alta.	Copago de \$325 por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 6-90 (si está disponible)

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 4.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 4.2)

Sección 4.1 Prima del plan

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

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 5 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 y otros proveedores de la red de su plan **utilizan su registro de miembro para saber cuáles son los servicios 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).

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

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 6 Cómo funcionan otros seguros con nuestro plan

Medicare nos exige que recopilemos información sobre cualquier otra cobertura de salud o para 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 primero. El seguro que paga primero (“el pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga segundo (“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, infórmeles a su doctor, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican a 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 primero 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.

Capítulo 1 Primeros pasos como miembro

- Si es mayor de 65 años y usted o su cónyuge o pareja todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero 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 Core

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a KelseyCare Advantage Core. 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 pagamos por sus servicios médicos. 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, consulte el Capítulo 7.

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
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, 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 7.

Quejas sobre la 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	713-442-9536
Escriba a	KelseyCare Advantage ATTN: Appeals & Grievances P.O. Box 841569 Pearland, TX 77584-9832
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Core directamente ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint .

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde del costo de la atención médica 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 5 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 7 para obtener más información.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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 memberservices@kelseycareadvantage.com
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.

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos**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 Medicare.gov/talk-to-someone.
Escriba a	Escriba por correo a Medicare a la dirección PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.
Sitio web	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 Core.

Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://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://www.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 1650 Summit Lake Dr., Suite 102, Tallahassee, FL 32317
Sitio web	https://www.acentraqio.com/

SECCIÓN 5 Seguro Social

El Seguro Social determina la elegibilidad y gestiona la inscripción en Medicare.

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	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, coseguros 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+]).

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

- **Persona calificada (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajador discapacitado calificado (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 (Texas Health and Human Services Commission).

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://www.hhs.texas.gov/services/health/medicaid-chip

SECCIÓN 7 Junta de jubilación para ferroviarios (RRB)

La Junta de jubilación para ferroviarios 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 Junta de jubilación para ferroviarios (Railroad Retirement Board, 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.
-----------------	--

Capítulo 2 Números de teléfono y recursos

	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 8 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 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.

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 y los equipos que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4.

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

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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

KelseyCare Advantage Core generalmente cubrirá 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 de este capítulo).
 - 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.
- **Reciba 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 los servicios de emergencia o 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 esté 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 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 de rutina 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 PCP. Ocasionalmente, otros especialistas estarán de acuerdo con ser su PCP, si manejan su atención en general.
- **Explicación del rol de un PCP en su plan.** Su PCP le proporcionará la atención para sus necesidades de atención médica de rutina 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 monitorear 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 (Prior Authorization, PA) 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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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 proveedor de atención primaria (PCP) de la lista de doctores de Medicina de Familia o Medicina Interna que se enumeran en el Directorio de proveedores del plan. Para elegir un PCP, consulte el directorio y comuníquese directamente con la oficina del proveedor para programar una cita.

Tenga en cuenta que algunos PCP pueden aceptar únicamente a pacientes que hayan tratado previamente. Cuando llame, es importante que confirme con el consultorio del proveedor si están aceptando pacientes nuevos.

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. 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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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 esté 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 (si es que existe alguno) 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 cubra más consultas con el especialista.
- Su PCP puede remitirlo a cualquier especialista de la red. Si hay un proveedor específico del plan al que quiera acudir, puede solicitar una remisión de su PCP. Antes de prestar ciertos tipos de servicios, es posible que su PCP o especialista deba obtener aprobación por adelantado del plan (autorización

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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 qué 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 seguir recibiendo atención.
- 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 cubrir 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

- 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 7).

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 en 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.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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 prestados 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.
- 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 de urgencia 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, hospitalizaciones de emergencia y viajes en ambulancia hacia la sala de emergencias.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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, hospitalizaciones de emergencia y 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 prestan 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 <http://www.kelseycareadvantage.com/medicare-compliance/emergency-notice> 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.

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 5.

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

KelseyCare Advantage Core 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 servicios fuera de la red sin autorización que no sean de emergencia o urgencia, 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 o los costos por servicios no cubiertos 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 está participando en un ensayo clínico calificado, solo será responsable de los costos compartidos dentro de la red por los servicios prestados 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 5 para obtener más información sobre la presentación de solicitudes de pago.

Ejemplo de costo compartido 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 (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.

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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 [Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies](https://www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). 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 brinda 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

Capítulo 3 Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

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 Core, 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. Algunos equipos médicos se alquilan por un período determinado conforme a las normas de Medicare. Estos artículos se denominan equipos de alquiler con límite máximo. Esto significa que el equipo se alquila por un período de tiempo limitado en lugar de alquilarse de forma indefinida. Siempre y cuando el equipo siga siendo médicamente necesario, el plan realizará pagos mensuales de alquiler conforme a las normas de cobertura de Medicare. Para calificar para la propiedad, debe alquilar y utilizar el equipo de manera continua durante todo el período de alquiler sin interrupciones en la facturación. Después del período de alquiler requerido, la propiedad del equipo puede transferirse a usted y los pagos de alquiler cesarán. Una vez que sea propietario del equipo, usted podría ser responsable del mantenimiento y del servicio de rutina. El plan continuará cubriendo las reparaciones médicamente necesarias y las piezas de repuesto de acuerdo con las pautas de Medicare. 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.

¿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 Core cubrirá lo siguiente:

- Alquiler del 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 Core 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 costo compartido aplicable 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 el monto que deberá pagar por cada servicio cubierto como miembro de KelseyCare Advantage Core. Esta sección también proporciona 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

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

Parte A y la Parte B de Medicare. Este límite se denomina “monto máximo que paga de su bolsillo” (Maximum Out-of-Pocket, MOOP) por servicios médicos. **Para el año calendario 2027, el MOOP será de \$4,500.**

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 \$4,500, 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 saldos

Como miembro de KelseyCare Advantage Core, 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 (un monto determinado 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

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

proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una remisión, o para emergencias o 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 Core cubre y lo que usted debe pagar de su bolsillo por cada servicio. Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con estos requisitos de cobertura:

- Los servicios cubiertos por 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 la fuente en **negrita**.

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

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 2027* [Medicare y Usted 2027]. Consúltelo en línea, en [Medicare.gov](https://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 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.



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 (Physician Assistant, PA), enfermero practicante (Nurse Practitioner, NP) o especialista en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialist, CNS).	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.	Copago de \$15 para cada consulta cubierta por Medicare. Se requiere autorización previa.

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

- 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.

Requisitos para proveedores:

Los doctores pueden proporcionar acupuntura de acuerdo con los requisitos estatales aplicables.

Los asistentes médicos (PA), los enfermeros practicantes (NP)/especialistas en enfermería clínica (CNS) 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.

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

Copago de \$275 para cada servicio de ambulancia terrestre o aérea cubierto por Medicare.

El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.

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

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.	Se requiere autorización previa para los servicios de Medicare que no sean de emergencia.
Examen físico anual	Copago de \$0 para 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 <i>Bienvenido a Medicare</i>. Sin embargo, no necesita haber realizado una consulta <i>Bienvenido a Medicare</i> 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 la consulta anual de bienestar.
 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.

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

- Las mamografías de diagnóstico se realizan con mayor frecuencia que una vez al año, si es médicamente necesario.

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 cubre estos programas integrales si ha tenido al menos una de estas condiciones:

- Infarto en los últimos 12 meses
- Cirugía de derivación de la arteria coronaria
- Angina de pecho estable (dolor torácico)
- Reparación o reemplazo de la válvula cardíaca
- Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o un stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta)
- Trasplante de corazón o trasplante de corazón y pulmón
- Insuficiencia cardíaca crónica estable

Limitaciones de la cobertura:

Puede recibir hasta 36 sesiones de rehabilitación cardíaca. Puede tener 2 sesiones por día (cada una con una duración de 1 hora), y el programa puede durar hasta 36 semanas. Si reúne los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones adicionales que pueden distribuirse a lo largo de un período más prolongado.

Copago de \$20 para cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca y cada consulta para servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertas por Medicare.

Se requiere autorización previa.



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

No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para el tratamiento conductual intensivo de enfermedades cardiovasculares.

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

consejos para asegurarse de que usted esté comiendo de manera saludable.



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:

- Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres.
- Una prueba de Papanicolaou cada 12 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.

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 una subluxación vertebral.

Copago de \$15 para cada consulta de quiropráctica cubierta por Medicare.

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.
- 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

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

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

meses 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, la cobertura 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 multidiagnóstico 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.
- 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.

ambulatorio (copago de \$200) si la colonoscopia se combina con otro procedimiento para pacientes externos que no sea una colonoscopia.

Se requiere autorización previa.

Atención médica a conveniencia

Copago de \$20 para cada consulta.

Capítulo 4 Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y 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.

Servicios odontológicos preventivos e integrales:

Deducible de \$25

Coseguro del 0%

Monto máximo de cobertura del plan de \$1,500 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 **81**.

Cualquier monto por encima del monto máximo de cobertura del plan es la responsabilidad del miembro.

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 \$0 para servicios odontológicos cubiertos por Medicare.

** 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 (glucosa) en sangre. Los exámenes

No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.

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

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.

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), incluida la adaptación.
- La capacitación para el autocontrol de la diabetes, 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 determine que es médicamente necesario. Coseguro del 0% para lancetas, dispositivos de punción y soluciones de control.

Copago de \$0 para 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

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

	Freestyle Libre 14/2/3. Los otros CGM no están cubiertos. Se requiere autorización previa.
Equipo médico duradero (DME) y suministros relacionados (Consulte el Capítulo 10 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 <i>Evidencia de cobertura</i>, le enviamos la lista de DME de KelseyCare Advantage Core. 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 Core 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 Core 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). 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.	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 Core, su costo compartido en KelseyCare Advantage Core es un coseguro del 20%. Se requiere autorización previa.

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

(Consulte el Capítulo 7 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 “Servicios de atención de emergencia y de urgencia en todo el mundo”.

Copago de \$125 para cada visita a 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.

**Programas educativos sobre salud y bienestar**

Estos programas se centran en afecciones médicas como hipertensión, colesterol alto, asma o EPOC, diabetes y dietas especiales en asociación con programas de gestión médica. El plan incluye los siguientes programas complementarios de educación y bienestar:

- **Beneficio de ejercicio físico/gimnasio:** apoya el bienestar físico, mental y social de los miembros
- **Materiales de educación para la salud**
- **Boletines informativos**
- **Beneficios nutricionales**

La **Línea directa de enfermería**, disponible las 24 horas del día, está a disposición de los miembros que quieran hacer preguntas relacionadas con la salud, recibir orientación, pedir una evaluación de sus síntomas y solicitar

Copago de \$0 para programas educativos sobre salud y bienestar.

Beneficio de ejercicio físico/gimnasio ofrecido por OnePass®. Visite www.youronepass.com para obtener más información.

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

recomendaciones sobre la atención. El personal de enfermería también puede conectarlo con el apoyo de los doctores cuando sea necesario.

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

Copago de \$20 para cada examen auditivo de diagnóstico cubierto por Medicare.

Copago de \$0 para 1 examen auditivo de rutina cada año.

Copago de \$20 para 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.

Atención médica a domicilio

Antes de recibir los servicios médicos 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. Debe haber tenido una consulta con su PCP o con otro

Copago de \$0 para los servicios médicos a domicilio cubiertos por Medicare.

Se requiere autorización previa.

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

proveedor calificado en los últimos 4 meses y tener una necesidad documentada de atención especializada.

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.

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.

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.

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 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

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 Core.

Copago de \$0 para un servicio de consulta de hospicio antes de la elección del hospicio.

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

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.

Para los servicios cubiertos por KelseyCare Advantage Core, pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: KelseyCare Advantage Core 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.

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.



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 nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene alguna otra enfermedad que lo ponga en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B.
- Vacunas contra el COVID-19.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B y el COVID-19.

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

- Otras vacunas si su salud está en peligro y si las vacunas cumplen con los requisitos de cobertura de la Parte B de Medicare.

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.

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).
- Medicamentos.
- Análisis de laboratorio.
- Radiografías y otros servicios de radiología.
- Suministros médicos y quirúrgicos necesarios.
- Uso de aparatos, como sillas de ruedas.

Para las hospitalizaciones cubiertas por Medicare, usted paga:

Copago de \$325 por día para los días 1-5.

Copago de \$0 por día para los días 6-90 (si está disponible).

Después de pagar el monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,625 por cada estadía en la que reciba beneficios hospitalarios para pacientes internados, 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.

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

- 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 Core 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.
- 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

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

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.

Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare) disponible en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://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.

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 \$325 por día para los días 1-5; copago de \$0 por día para los días 5-90 (si está disponible).

Después de pagar el monto máximo que paga de su bolsillo de \$1,625 por cada estadía en la que reciba beneficios hospitalarios para pacientes internados, 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.

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

Servicios médicos

Consulte la fila “Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor”.

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

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 de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y entablillados

Consulte la fila “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.

Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes externos

Consulte la fila “Dispositivos protésicos y ortésicos y suministros relacionados”.

Servicios de fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional

Consulte la fila “Servicios de rehabilitación para pacientes externos”.



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.

Medicamentos de la Parte B de Medicare

La Parte B de Original Medicare cubre estos medicamentos. Los miembros de nuestro plan reciben la cobertura para 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.

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

- 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.
- 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).
- 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

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

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).

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.



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.

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)

Servicios de doctores o profesionales:

Copago de \$0 para cada consulta con un doctor de atención primaria cubierta por Medicare.

Copago de \$20 para cada consulta con un especialista cubierta por Medicare.

Atención de salud mental para pacientes externos:

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

- 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

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.

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 de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, electrocardiogramas y tomografías por emisión de positrones, cuando su doctor u otro

Radiografías para pacientes externos

Copago de \$0 para los servicios cubiertos por Medicare.

Servicios de radiología terapéutica

Copago de \$50 para los 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.

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

proveedor de atención médica las solicite para tratar un problema médico.

- Otras pruebas de diagnóstico para pacientes externos.

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.**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 de observación hospitalaria 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

Copago de \$300 por estadía para servicios de observación hospitalaria para pacientes externos cubiertos por Medicare.

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

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.

Obtenga más información en la hoja informativa de Medicare denominada *Medicare Hospital Benefits* (Beneficios hospitalarios de Medicare) disponible en [Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](https://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.

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 para pacientes internados 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 “Atención de emergencia”.

Cirugía para pacientes externos:

consulte las filas “Cirugía para pacientes externos, incluidos servicios prestados en centros hospitalarios para pacientes externos y centros quirúrgicos ambulatorios” y “Observación hospitalaria para pacientes externos”.

Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos:

Consulte la fila “Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes externos”.

Atención de salud mental y hospitalización parcial:

Consulte las filas “Atención de salud mental para pacientes externos” y “Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos”.

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

	Medicamentos y productos biológicos que no se pueden autoadministrar: consulte la fila “Medicamentos con receta de la Parte B de Medicare”.
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 (Clinical Social Worker, CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), 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 para 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 para cada consulta de fisioterapia cubierta por Medicare. Copago de \$15 para cada consulta de terapia del habla cubierta por Medicare. Copago de \$20 para cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. Copago de \$20 para otras consultas de terapia aprobadas cubiertas por Medicare, incluido el cuidado de heridas y del linfedema proporcionado por terapeutas.
	Se requiere autorización previa.
Servicios para trastornos por abuso de sustancias tóxicas para pacientes externos	Copago de \$20 para cada consulta de terapia individual o grupal cubierta por Medicare.

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

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 tratamiento 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.

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 Core 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.

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 para pacientes externos, 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.

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

Su proveedor puede optar por realizar en un ASC un procedimiento que, por lo general, se realiza en un entorno hospitalario para pacientes externos.

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 plan cubre artículos de salud OTC sin receta elegibles, como los siguientes:

- Vitaminas
- Analgésicos
- Medicamentos para la tos y el resfriado
- Suministros de primeros auxilios

Este beneficio también incluye lo siguiente:

- 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 ni la Parte D de Medicare.

Cómo utilizar su beneficio OTC

Su beneficio OTC se proporciona mediante una asignación para artículos OTC administrada por una tarjeta de débito prepaga.

- Los fondos se transfieren a su tarjeta de débito para artículos OTC al comienzo de cada período de beneficios.
- Puede utilizar su tarjeta para comprar artículos OTC elegibles:
 - En farmacias minoristas participantes
 - En línea: visite www.KCAOTC.com
 - Por teléfono o pedido por correo utilizando el catálogo de artículos OTC

Condiciones y limitaciones

- La tarjeta de débito para artículos OTC solo puede utilizarse para **artículos aprobados por el plan**.
- El beneficio es **para su uso personal exclusivamente** y no puede ser utilizado por otras personas.
- La tarjeta **no puede utilizarse para retirar efectivo** ni para compras no elegibles.

Copago, coseguro y deducible de \$0 para artículos OTC aprobados por el plan

Asignación de \$25 cada 3 meses (no acumulable)

- Hasta 1 pedido por trimestre (en línea, por teléfono o por correo)
- Las compras en tienda se pueden realizar hasta que se agote el saldo trimestral
- La tarjeta debe utilizarse en las tiendas minoristas participantes de artículos OTC
- Los períodos de beneficios de artículos OTC son de enero a marzo, de abril a junio, de julio a septiembre y de octubre a diciembre

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

- Los montos no utilizados no se transfieren al siguiente período de beneficios.
- Si los montos de las compras exceden su asignación, usted deberá pagar la diferencia.
- Puede haber límites en la cantidad de ciertos artículos.
- Los artículos elegibles, las farmacias minoristas y la disponibilidad pueden cambiar.

Información adicional

Para obtener la información más actualizada, incluida una lista de artículos elegibles y farmacias minoristas participantes, visite www.KCAOTC.com o comuníquese con Servicios para los miembros.

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 \$140 por día para los servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes externos cubiertos por Medicare.

Se requiere autorización previa.

Servicios de doctores o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del doctor

Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:

Consultas en persona

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

- Servicios quirúrgicos o de atención médica necesarios que se reciben en un consultorio de un doctor, 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, incluidos: servicios médicos de atención primaria, servicios de especialistas, sesiones individuales y grupales para servicios especializados de salud mental.
 - 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.
 - Las consultas electrónicas, por video y por teléfono, y las consultas especializadas de Kelsey son beneficios cubiertos para los proveedores de salud mental contratados.
 - Algunos servicios de telesalud, incluidos 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.
- 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.

Copago de \$0 para cada consulta de atención primaria cubierta por Medicare.

Copago de \$20 para 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.

Consultas virtuales/por telesalud

Copago de \$0 para cada consulta por telesalud con un proveedor de atención primaria cubierta por Medicare.

(Consultas por video, por teléfono y electrónicas).

Copago de \$0 para **Consultas especializadas de Kelsey.**

Copago de \$15 para cada consulta por telesalud con un especialista, profesional de la salud mental u otro proveedor cubierta por Medicare.
(Consultas por video).

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

- Servicios de telesalud para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de trastornos de salud mental.
- Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de salud rurales y Centros de salud federalmente calificados.
- Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) de 5 a 10 minutos con su doctor **en los siguientes casos:**
 - Usted no es un paciente nuevo y
 - El control no está relacionado con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y
 - 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:**
 - Usted no es un paciente nuevo y
 - La evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio de los últimos 7 días y
 - 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.

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 para cada consulta de servicios de podiatría cubierta por Medicare.

**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,

No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de PrEP.

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

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, incluidos los gastos de la inyección, si corresponde.
- 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.



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.

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

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.

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

(para obtener más detalles, consulte *Atención de la vista* más adelante en esta tabla).

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 para cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.

Se requiere autorización previa.

 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.

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 pruebas de detección de cáncer de pulmón posteriores con LDCT, la consulta debe cumplir con los criterios de Medicare para dichas consultas.



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, cubrimos 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.



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.

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos de pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.

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

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.

Servicios para el tratamiento de enfermedades renales

Los servicios de diálisis y para el tratamiento de enfermedades renales incluyen los siguientes:

- 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).

Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte B, consulte la

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.

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

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).
- 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

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 \$221 por día para los días 21-100.

Se requiere autorización previa.

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

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.

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

No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

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

intermedias o intensivas, y el paciente puede recibir hasta 8 sesiones al año).

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 (PA), enfermero practicante (NP) o especialista en enfermería clínica (CNS), 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 para cada consulta para SET cubierta por Medicare.

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.

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

	Este beneficio no cubre el transporte en camilla o ambulancia (soporte vital avanzado [SVA] o soporte vital básico [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 su costo compartido 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 en los Estados Unidos.	Copago de \$25 para cada consulta cubierta por Medicare.
 Atención de la vista Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: - Servicios médicos 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.	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.

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

• 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.	Copago de \$0 para 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.
 Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única <i>Bienvenido a Medicare</i>. 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 <i>Bienvenido a Medicare</i> 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 <i>Bienvenido a Medicare</i>.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva <i>Bienvenido a Medicare</i>.
Servicios de atención de emergencia en todo el mundo Los beneficios incluyen lo siguiente: • Atención de emergencia • Servicios de transporte de emergencia	Coseguro del 20% para cada consulta de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios. Coseguro del 20% para cada servicio de transporte de

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

emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.

El plan pagará el 80% de lo que Medicare permitiría por los servicios si se hubieran recibido en los Estados Unidos y sus territorios. Hasta el límite máximo de cobertura del plan de \$20,000 de por vida.

El plan no paga el transporte de regreso a los Estados Unidos y sus territorios después de la atención de emergencia fuera del país.

La cobertura en todo el mundo se limita únicamente a los servicios de emergencia, incluidos la atención en salas de urgencias, el transporte de emergencia y las admisiones hospitalarias de emergencia. La atención de urgencia, los medicamentos, los servicios médicos recibidos en un crucero y otros servicios que no sean de emergencia no están cubiertos.

Detalles de la cobertura de beneficios odontológicos para 2027

Los siguientes beneficios odontológicos están cubiertos en su plan KelseyCare Advantage Core 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.

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

Servicios odontológicos preventivosEvaluaciones 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 24 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 24 meses*
- D0372 - Tomosíntesis intraoral (serie completa de radiografías), 1 cada 12 meses
- D0373 - Tomosíntesis intraoral (radiografía de aleta de mordida), 1 cada 12 meses
- D0374 - Tomosíntesis intraoral (radiografía periapical), 1 cada 12 meses

* Cobertura para la radiografía panorámica D0330 o la serie D0210 intraoral completa, una vez cada 24 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 integralesServicios 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)

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

- 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)
- D2390 - Corona de compuesto a base de resina (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)

Cirugía oral

- 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 adicionales generales

- 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

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

que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 7).

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 cubierto en ninguna circunstancia.
Medicamentos, equipos y procedimientos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos que Original Medicare determina que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica.	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).
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 cubierta en ninguna circunstancia.
Entrega de comidas a domicilio	No cubierta en ninguna circunstancia.
Servicios médicos a domicilio	Medicare cubre la atención de enfermería especializada de forma intermitente o de medio tiempo que sea médicamente necesaria.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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.
Atención odontológica que no sea de rutina	La atención odontológica necesaria para tratar enfermedades o lesiones puede estar cubierta como atención para pacientes internados o externos.
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 importantes no están cubiertos.
Queratotomía radial, cirugía LASIK y otros dispositivos de ayuda para baja visión	No cubiertos en ninguna circunstancia.
Cuidado de rutina de los pies	Se brinda cierta cobertura limitada conforme a las pautas de Medicare (por ejemplo, si tiene diabetes).
Exámenes auditivos de rutina, audífonos o exámenes para adaptar audífonos	Medicare cubre exámenes diagnósticos de audición y exámenes relacionados con el equilibrio si los solicita un doctor.

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

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No cubiertos en ninguna circunstancia.

CAPÍTULO 5:

Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos

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

A veces, cuando reciba atención médica, 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 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, tal como se indica en este documento. 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:

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos

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.

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos

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 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.

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 7 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 en un plazo de 12 meses** a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento de la Parte B.

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

Reclamos médicos:

KelseyCare Advantage
ATTN: Member Services
P.O. Box 841569
Pearland, TX 77584-9832

Reclamos de medicamentos de la Parte B:

Optum Rx Claims Department
P.O. Box 650287
Dallas, TX 75265-0287

Capítulo 5 Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos cubiertos

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 está cubierta y que usted ha cumplido con todas las normas, pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Si usted ya ha pagado el servicio, le enviaremos por correo su reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Si aún no ha pagado el servicio, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.
- Si tomamos la decisión de *no* cubrir la atención médica, o si usted *no* cumplió con todas las normas, no pagaremos la parte que nos corresponde del costo. Le enviaremos una carta para explicarle las razones por las que no le enviaremos el pago y sus derechos 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 7.

CAPÍTULO 6:

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; 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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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.

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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

(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 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 *en un plazo razonable*. Esto incluye el derecho a recibir servicios oportunos de especialistas cuando necesite dicha atención.

Si usted considera que no está recibiendo su atención médica en un plazo razonable, el Capítulo 7 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.*

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- 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. 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 Core, 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 de la red.** Usted tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **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.
- **Información sobre los motivos por los que algo no se cubre y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 7 proporciona información sobre cómo solicitar una explicación por escrito de por qué un servicio médico no se encuentra cubierto o su cobertura está restringida. El Capítulo 7 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.
- **Conocer los riesgos.** Tiene derecho a que le informen los riesgos que implica 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. Si rechaza un tratamiento, 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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- **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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

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 7 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 haciendo lo siguiente:

- **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 [Medicare.gov](https://www.medicare.gov) para leer la publicación *Medicare Rights & Protections* (Derechos y protecciones de Medicare, disponible en [Medicare Rights & Protections](https://www.medicare.gov/medicare-rights-and-protections)).
 - 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 este documento de *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.
- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura de salud o una cobertura para medicamentos con receta separada, 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 membresía del plan cada vez que obtenga atención médica.
- **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.

Capítulo 6 Sus derechos y responsabilidades

- 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 algunos de sus servicios médicos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar la parte que le corresponde del costo al recibir el servicio o el medicamento.
- **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, comuníquese al Seguro Social (o a la Junta de jubilación para ferroviarios).**

CAPÍTULO 7:

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 de 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) (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 prestados por los asesores del SHIP son gratuitos. La Sección 3 del Capítulo 2 contiene la información de contacto del SHIP.

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para solicitar ayuda.

- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Visite [Medicare.gov](https://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 9, 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 puede utilizar 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 para explicarle 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

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 para explicarle 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.

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

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario *Appointment of Representative* (Nombramiento de un representante). (El formulario también está disponible en [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://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.
- **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 [CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](https://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 prestarán 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 3 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:** Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que el doctor lo está dando de alta demasiado pronto
- **Sección 7:** 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 6 y 7 de este capítulo. 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 **determinación 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 estándar 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 estándar.

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 nuestras 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 9 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 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 9 de este capítulo 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 apelaré 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.

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 de este capítulo.

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 agregar 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

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

será revisada por una organización de revisión independiente. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. 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**, le enviaremos nuestra decisión por escrito y 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 nuestra decisión antes si su estado de salud así lo exige.
 - 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*. Cuando presente una queja rápida, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 9 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 organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación. 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 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. La organización de revisión independiente le notificará por escrito cuando reciba su apelación.

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 **en un plazo de 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 tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si necesitan tomar días adicionales, se lo notificarán por escrito. 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

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

Nivel 2 **en un plazo de 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 tomarse hasta 14 días calendario adicionales**. Si necesitan tomar días adicionales, se lo notificarán por escrito. 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 prestar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándar**. 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 estándar**. 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 8 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 5, 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 lo que solicitó:** 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 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 6.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

En un plazo de 2 días calendario después de 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. Si 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 al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048).

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 [CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im).

Sección 6.2 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.**

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- **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 el gobierno federal 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 todos 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.

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

- 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 [CMS.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](https://www.cms.gov/Medicare/forms-notice/beneficiary-notice-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 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 6.3 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 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo pedirle a nuestro plan que siga cubriendo algunos servicios médicos si usted siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando recibe **servicios médicos 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 7.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo finalizará su cobertura**Término legal:**

Notice of Medicare Non-Coverage (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 7.2 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 el gobierno federal para que controlen y ayuden a mejorar la calidad de la atención que se les brinda a las personas que tienen Medicare. Esto

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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: Presente 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 (*Notice of Medicare Non-Coverage* [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 *Notice of Medicare Non-Coverage* (Aviso de no cobertura de Medicare).
- Si no cumple con el 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 *Notice of Medicare Non-Coverage* (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:

Detailed Explanation of Non-Coverage (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 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 *Detailed Explanation of Non-Coverage* (Explicación detallada de no cobertura) de

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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 7.3 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 rechazan, usted tiene que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar otra 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 8 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 8.1 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 dos 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 Federal de Distrito.

Presentación de quejas

SECCIÓN 9 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes

Sección 9.1 ¿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

Capítulo 7 Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas)

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?
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 <i>puntualidad</i> 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 <i>decisión de cobertura rápida</i> o una <i>apelación rápida</i>, 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

Queja	Ejemplo
	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 9.2 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
 - 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
 - su reclamo es sobre la **calidad de la 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 en un plazo de 30 días calendario.** Si necesitamos más información y el retraso es conveniente para usted, 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 9.3 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 9.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre KelseyCare Advantage Core directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en [Medicare.gov/my/medicare-complaint](https://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 8:

Cancelación de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en KelseyCare Advantage Core 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 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 para 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 cobertura:
 - Otro plan de salud de Medicare, con o sin cobertura para medicamentos.
 - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare.
 - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.
- **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 afiliados 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 Core 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 aplica alguna de las siguientes situaciones. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o visitar [Medicare.gov](https://www.medicare.gov).

- En general, cuando se muda.
- Si tiene Medicaid.
- 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 (Long-Term Care, LTC).

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.
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Generalmente, su membresía se cancelará el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar de plan.

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 2027*** (Medicare y Usted 2027).
- Comunicarse con **Medicare** llamando 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 Core se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare <i>con</i> un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en KelseyCare Advantage Core 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 Core se cancelará cuando comience su cobertura de Original Medicare.

Nota: Si también tiene una cobertura acreditable para medicamentos con receta (por ejemplo, un plan separado de medicamentos de Medicare) y cancela su inscripción en esa cobertura, 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 si no tiene otra cobertura acreditable para medicamentos con receta durante 63 días consecutivos o más.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus artículos y servicios médicos a través de nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo servicios y artículos médicos a través de nuestro plan.

- Continúe utilizando los proveedores de nuestra red para recibir atención médica.
- 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 Core debe cancelar la membresía en nuestro plan en ciertas situaciones

KelseyCare Advantage Core 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.

Capítulo 8 Cancelación de la membresía en nuestro plan

- 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 muda o al que viaje está en el área de nuestro plan.
- Si lo encarcelan (va a prisión).
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible.
- 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 membresía 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 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 Core 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 9:

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 (Social Security Act) 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 [HHS.gov/ocr/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/index.html).

Si usted tiene una discapacidad y necesita ayuda con el acceso a la atención, 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 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 Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), KelseyCare Advantage Core, 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 10:

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 pagos por servicios 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 en función de criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se señalan los servicios cubiertos que necesitan autorización previa.

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.

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.

Capítulo 10 Definiciones

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 para pacientes externos a personas 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 para pacientes externos 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.

Costo compartido: se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando recibe servicios. 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; 2) un copago fijo que un plan exige cuando se recibe un servicio específico; o 3) un coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio, que un plan exige cuando se recibe un servicio específico.

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 recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Capítulo 10 Definiciones

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 la atención médica antes de que nuestro plan pague.

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.

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.

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 Core, 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.

Capítulo 10 Definiciones

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.

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.

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.

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 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 del plan y las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

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.

Capítulo 10 Definiciones

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 del monto aprobado 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 sus planes 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:

Capítulo 10 Definiciones

si se muda fuera del área de servicio, 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 para afecciones crónicas (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): son planes de necesidades especiales (Special Needs Plan, SNP) 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

Capítulo 10 Definiciones

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 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**. KelseyCare Advantage Core no ofrece cobertura para medicamentos con receta de Medicare.

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).

Prima: el pago periódico a Medicare, a una compañía de seguros o a un plan de salud por cobertura de salud o para medicamentos con receta.

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**.

Capítulo 10 Definiciones

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 o los proveedores, 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 la atención de la vista, odontológica o auditiva, 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.

Capítulo 10 Definiciones

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 médica que lo ayuda a mantenerse saludable, detectar problemas de salud de manera temprana, determinar los tratamientos más efectivos y prevenir ciertas enfermedades. Los servicios preventivos incluyen exámenes, vacunas, análisis de laboratorio y pruebas de detección. También incluyen programas para el control de la salud, y asesoramiento y educación para ayudarlo a cuidar su propia salud.

Subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS): consulte Ayuda adicional.

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. 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).

Spanish: 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 مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم - أو تحدث إلى مقدم الخدمة

Urdu: دھیان دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو مفت زبان میں مدد کی خدمات اور مفت مواصلات

دوسرے فارمیٹس، جیسے بڑے پرنٹ، آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ 1-866-535-8343 پر کال کریں۔

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyon tulon 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: ATTENTION: 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 हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-535-8343. (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات رایگان کمک زبانی و ارتباطات رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، برای شما تماس بگیرید 1-866-535-8343. (TTY: 711) در دسترس است. با شماره **Persian**

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 અક્ષરો જેવા અન્ય ફોર્મેટમાં મફત સંદેશાવ્યવહાર તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-866-535-8343 પર કોલ કરો. (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 (TTY: 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: ຄຊົນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີ 1-866-535-8343 (TTY: 711) ຫຼື ລົມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN Y ACCESO A LAS COMUNICACIONES

Las entidades afiliadas de Kelsey-Seybold y Kelsey-Seybold cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (conforme a 45 CFR § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de forma menos favorable por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayudas y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede pedir 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 otro modo 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 Círculo de Optum
Eden Prairie, 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 sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.:

En línea: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Teléfono: Línea gratuita: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Correo: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
200 Independence Avenue, SW
Habitación 509F, edificio HHH
Washington, DC 20201

Los formularios de reclamación están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Este aviso está disponible en

www.kelseycareadvantage.com

Aviso de privacidad de la información médica

Vigente a partir del 8 de mayo de 2023

La ley nos exige proteger la privacidad de su información médica. También estamos obligados a enviarle este aviso, que explica cómo podemos utilizar 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 médica" en este aviso incluyen cualquier información que mantengamos que pueda usarse razonablemente para identificarle y que esté relacionada con su afección física o mental, la prestación de atención médica a usted o el pago de dicha atención médica. Cumpliremos con los requisitos de las leyes de privacidad aplicables relacionadas con la notificación en caso de 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 sustancial y cómo obtener un aviso revisado. Le proporcionaremos esta información por correo directo o electrónicamente, de acuerdo con la legislación 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 entre en vigencia 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 inscritos. Mantenemos medidas de seguridad físicas, electrónicas y procedimentales en el manejo y mantenimiento de la información de nuestros inscritos, de acuerdo con las normas estatales y federales aplicables, para protegernos contra riesgos como pérdida, destrucción o uso indebido.

Cómo recopilamos, usamos y divulgamos la información

Recopilamos, utilizamos y divulgamos su información médica para proporcionar dicha información:

- Para usted o alguien que tenga derecho legal a actuar en su nombre (su representante personal) con el fin de 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, utilizar y divulgar información médica para su tratamiento, pagar su

atención médica y operar nuestro negocio. Por ejemplo, podemos recopilar, utilizar y divulgar su información médica:

- **Para el pago** de primas que nos adeude, para determinar su cobertura y para procesar reclamos por servicios de atención médica que reciba, incluso para subrogación (cuando lo permita el ley) o coordinación de otros beneficios que pueda tener. Por ejemplo, podemos decirle a un médico si usted es elegible para la cobertura y qué porcentaje de la factura podría estar cubierto.
- **Para el tratamiento.** Podemos recopilar, utilizar y divulgar información médica para ayudar en su tratamiento o en la coordinación de su atención. Por ejemplo, podemos recopilar información de sus médicos u hospitales, o revelar información a ellos, para ayudarles a proporcionarle 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, podríamos hablar con su médico para sugerirle un programa de control o bienestar de la enfermedad que podría ayudar a mejorar su salud o podríamos analizar datos para determinar cómo podemos mejorar nuestros servicios. También podemos desidentificar la información sanitaria de acuerdo con las leyes aplicables. Después de que se desidentifica esa información, la información ya no está sujeta a este aviso y podemos utilizar la información para cualquier propósito legal.
- **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 del plan.** 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 médica 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 para fines de suscripción; sin embargo, no usaremos ni divulgaremos su información genética para dichos 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 proporcionan 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, utilizar y divulgar su información médica para los siguientes fines en circunstancias limitadas:

- **Según lo requiera la ley.** Podemos divulgar información cuando así lo exija la ley.
- **A personas involucradas con 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 familiar, cuando está incapacitado o en una emergencia, o cuando acepta o no se opone cuando se le da la oportunidad. Si no está disponible o no puede oponerse, utilizaremos nuestro mejor criterio para decidir si la divulgación es lo mejor para usted. Se aplican reglas especiales en relación con cuándo podemos divulgar información médica a familiares y otras personas involucradas en la atención de una persona fallecida. Podemos divulgar información médica a cualquier persona involucrada, antes de la muerte, en la atención o el pago por la atención de una persona fallecida, a menos que seamos conscientes de que hacerlo sería incoherente con una preferencia expresada previamente por la persona fallecida.
- **Para actividades de salud pública,** como informar o prevenir brotes de enfermedades a una autoridad de salud pública.
- **Para denunciar a víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica** a autoridades gubernamentales autorizadas por ley para recibir dicha información, incluida una agencia de servicios sociales o de protección.
- **Para actividades de supervisión de la salud** a una agencia de supervisión de la salud para actividades autorizadas por 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 funcionario encargado del cumplimiento de la ley con fines tales como proporcionar información limitada para localizar a una persona desaparecida o denunciar un delito.
- **Evitar una amenaza grave para 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 seguridad nacional e inteligencia, y los servicios de protección para el presidente y otros.
- **Para 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 la investigación relacionada con la evaluación de ciertos tratamientos o la prevención de enfermedades o discapacidad, si el estudio de investigación cumple con los requisitos de la ley federal de privacidad.
- **Proporcionar información sobre los fallecidos.** Podemos divulgar información a un 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 tareas.

- **Para fines de adquisición de órganos.** Podemos recopilar, utilizar y divulgar información a entidades que manejan la adquisición, el almacenamiento o el trasplante de órganos, ojos o tejidos para facilitar la donación y el trasplante.
- **A instituciones correccionales o funcionarios encargados del cumplimiento de la ley** si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un funcionario encargado del cumplimiento de la ley, pero solo si es necesario (1) para que la institución le proporcione atención médica; (2) para proteger su salud y la seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.
- **A los Socios comerciales** que realizan funciones en nuestro nombre o que nos proporcionan servicios si la información es necesaria para dichas funciones o servicios. Nuestros socios comerciales están obligados, en virtud de un contrato con nosotros y de conformidad con la ley federal, a proteger la privacidad de su información y no están autorizados a recopilar, usar y divulgar ninguna información que no sea la especificada en nuestro contrato y la permitida por la ley federal.
- **Restricciones adicionales de uso y divulgación.** Ciertas leyes federales y estatales pueden requerir protecciones de privacidad especiales que restrinjan el uso y la divulgación de cierta información médica, incluida 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 materialmente limitado por otras leyes que se aplican a nosotros, nuestra intención es cumplir con los requisitos de la ley más estricta.

Excepto por los usos y divulgaciones descritos y limitados según se establece en este aviso, utilizaremos y divulgaremos su información médica solo con su autorización por escrito. Esto incluye, excepto en circunstancias limitadas permitidas por la ley federal de privacidad, no usar o divulgar notas de psicoterapia sobre usted, vender su información médica a otros, o usar o divulgar su información médica para ciertas comunicaciones promocionales que están prohibidas en las comunicaciones de marketing en virtud de la ley federal, sin su autorización por escrito. Una vez que nos autorice a divulgar su información médica, no podemos garantizar que el destinatario al que se le proporciona la información no la divulgará. Puede retirar o "revocar" su autorización por escrito en cualquier momento por escrito, excepto si ya hemos actuado sobre la base de su autorización. Para averiguar dónde enviar por correo su autorización por escrito y cómo revocar

una autorización, 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 la restricción** de los usos o la divulgación de su información para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. También tiene derecho a solicitar que se restrinjan las divulgaciones a los miembros de su familia o a otras personas que participen en su atención médica o el pago de su atención médica. También podemos tener políticas sobre el acceso de dependientes que autoricen a sus dependientes a solicitar ciertas restricciones. **Tenga en cuenta que, aunque intentaremos satisfacer su solicitud y permitiremos solicitudes coherentes 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 de correos en lugar de a su domicilio). Acomodaremos las solicitudes razonables de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables. En determinadas circunstancias, aceptaremos su solicitud verbal para recibir comunicaciones confidenciales; sin embargo, también podemos requerirle que confirme su solicitud por escrito. Además, cualquier solicitud para modificar o cancelar una solicitud de comunicación confidencial anterior debe realizarse 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 conservamos sobre usted, como reclamaciones y registros de gestión médica o de casos. Si conservamos su información médica de forma electrónica, 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 usted identifique. En algunos casos, es posible que reciba un resumen de esta información médica. Debe realizar una solicitud por escrito para inspeccionar y copiar su información médica o para que su información se envíe a un tercero. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. En determinadas circunstancias limitadas, podemos denegar su solicitud para inspeccionar y copiar su información médica. Si rechazamos 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 la modificación** de cierta información médica que mantenemos sobre usted, como reclamaciones y registros de casos o de gestión médica, si cree que la información médica sobre usted es incorrecta o está incompleta. Su solicitud debe realizarse por escrito y proporcionar los motivos de la enmienda solicitada. Envíe su solicitud por correo a la dirección que se indica a continuación. Si rechazamos su solicitud, es posible que se le añada una declaración de su desacuerdo a su información médica.
- **Usted tiene derecho a recibir una contabilidad** de ciertas divulgaciones de su información realizadas por nosotros durante los seis años anteriores a su solicitud. Esta contabilidad no incluirá la divulgación de información realizada: (i) con 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 del cumplimiento de la ley; y (iv) otras divulgaciones para las cuales la ley federal no requiere que proporcionemos una contabilidad.

- **Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso.** Puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso en forma electrónica, 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 realizar una solicitud por escrito para que corrijamos o modifiquemos** su información personal. Dependiendo de su estado de domicilio, puede tener derecho a solicitar la eliminación de su información personal. Si no podemos cumplir con su solicitud, le notificaremos nuestra decisión. Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a enviarnos una declaración por escrito de los motivos por los cuales no está de acuerdo con nuestra evaluación de la disputa y cuál considera que es la información correcta. Haremos que su estado de cuenta sea accesible para las partes que revisen la información en disputa.

Ejercer sus derechos

- **Cómo 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.**
- **Envío de una solicitud por escrito.** Puede enviarnos por correo postal 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
KS Plan Administrators LLC
11511 Shadow Creek Parkway
Pearland, TX 77584

- **Tiempo.** Responderemos a su solicitud telefónica o por escrito en un plazo de 30 días hábiles desde su recepción.
- **Presentar una queja.** Si cree que se han infringido sus derechos de privacidad, puede presentar una reclamación ante nosotros en la dirección indicada anteriormente.

También puede notificar su queja al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos ninguna medida contra usted por presentar una queja.

¹Este Aviso de prácticas de privacidad sobre 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

SU AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN FINANCIERA SOBRE USTED. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

Vigente a partir del 1 de enero de 2023

Nosotros³ nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información financiera personal. Para los fines de este aviso, “información financiera personal” significa información sobre un inscrito o un solicitante de cobertura de atención médica que identifica a la persona, no está disponible públicamente en general y se recopila de la persona u 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, nuestras filiales u otros, como el pago de primas y el historial de reclamaciones; y
- Información de una agencia de informes de crédito del consumidor.

Divulgación de información

No divulgamos información financiera personal sobre nuestros inscritos o antiguos inscritos a ningún tercero, excepto según lo requiera o permita la ley. Por ejemplo, en el transcurso de nuestras prácticas comerciales generales, podemos, según lo permita la ley, divulgar cualquier información financiera personal que recopilamos 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 cotidianos, como procesar sus transacciones, mantener su 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 procedimentales, 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 salvaguardas 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 fines 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, más las siguientes filiales de UnitedHealthcare: ACN Group of California, Inc.; AmeriChoice Corporation; Benefitter Insurance Solutions, Inc.; Claims Management Systems, Inc.; Dental Benefit Providers, Inc.; Ear Professional International Corporation; Excelsior Insurance Brokerage, Inc.; gethealthinsurance.com Agency, Inc.; Golden Outlook, Inc.; Golden Rule Insurance Company; HealthMarkets Insurance Agency; Healthplex of CT, Inc.; Healthplex of ME, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex of NC, Inc.; Healthplex, Inc.; HealthSCOPE Benefits, Inc.; International Healthcare Services, Inc.; Level2 Health IPA, LLC; Level2 Health Management, LLC; Life Print Health, Inc.; Managed Physical Network, Inc.; Optum Care Networks, Inc.; Optum Global Solutions (India) Private; OptumHealth Care Solutions, LLC; Oxford Benefit Management, Inc.; Oxford Health Management Este Aviso de privacidad de la 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 Life Insurance Company, Inc.; u (2) otros planes de salud de UnitedHealth Group en estados que proporcionan 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.