Del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027

Evidencia de Cobertura de 2027:

Sus beneficios y servicios de salud y la cobertura de medicamentos de Medicare como miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

Este documento proporciona detalles acerca de la cobertura para atención médica y de medicamentos 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 lo siguiente:

- Su plan y los costos compartidos
- Sus beneficios médicos y de medicamentos
- Cómo presentar una queja si no está satisfecho con un servicio o tratamiento
- Cómo comunicarse con nosotros
- Otras protecciones requeridas por la ley de Medicare

Si tiene preguntas sobre este documento, llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711). El horario de atención es el siguiente:

- **Del 1 de octubre al 31 de marzo: Los 7 días de la semana de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.**
  Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
- **Los mensajes deben devolverse en el plazo de un (1) día hábil.**
- **Esta llamada es gratuita.**

Este plan, Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), lo ofrece Gold Kidney Health Plan, Inc. (Cuando esta *Evidencia de Cobertura* dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a Gold Kidney Health Plan, Inc. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, se refiere a Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).)

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

Los beneficios, las primas, los deducibles o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2028.

El formulario, la red de farmacias o la red de proveedores pueden cambiar en cualquier momento. Recibirá un aviso sobre cualquier cambio que pueda afectarlo con al menos 30 días de anticipación.

Índice

CAPÍTULO 1: Primeros pasos como miembro 6

SECCIÓN 1 Es miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).....6
SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan 7
SECCIÓN 3 Qué esperar al inscribirse por primera vez en nuestro plan 8
SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros 9
SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027 12
SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan 17
SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de miembro del plan.....19
SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con su plan 20

CAPÍTULO 2: Números de teléfono y recursos importantes..... 22

SECCIÓN 1 Información de contacto de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).....22
SECCIÓN 2 Cómo recibir ayuda de Medicare 27
SECCIÓN 3 Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (SHIP) 28
SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO).....29
SECCIÓN 5 Seguro Social.....30
SECCIÓN 6 Medicaid 31
SECCIÓN 7 Programas que ayudan a las personas a pagar los medicamentos con receta 32
SECCIÓN 8 Junta de jubilación de empleados ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB) 35
SECCIÓN 9 Si tiene un seguro grupal u otro seguro médico de un empleador.....36

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos 37

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan 37
SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica 39
SECCIÓN 3 Cómo obtener servicios durante una emergencia, un desastre o durante una necesidad urgente de recibir atención.....43
SECCIÓN 4 ¿Qué sucede si le facturan directamente el costo total de los servicios? 46
SECCIÓN 5 Servicios médicos en un estudio de investigación clínica.....47
SECCIÓN 6 Normas para obtener atención en una institución religiosa de atención no médica 49
SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero 50

CAPÍTULO 4: Tabla de beneficios médicos (lo que está cubierto y lo que le corresponde pagar) 53

SECCIÓN 1 ¿Cómo comprender los costos que paga de su bolsillo por los servicios cubiertos? 53
SECCIÓN 2 La Tabla de beneficios médicos muestra sus beneficios y costos médicos 56
SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por nuestro plan (exclusiones) 132

CAPÍTULO 5: Cómo utilizar la cobertura del plan para los medicamentos de la Parte D 135

SECCIÓN 1 Normas básicas para la cobertura de la Parte D de nuestro plan 135
SECCIÓN 2 Obtenga sus medicamentos con receta en una farmacia de la red o mediante el servicio de pedido por correo del plan 136
SECCIÓN 3 Sus medicamentos deben estar en la Lista de medicamentos del plan 139
SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura 141
SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría 143
SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año 145
SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos 147
SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta 149
SECCIÓN 9 Cobertura para medicamentos de la Parte D en situaciones especiales 149
SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos 151

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 154

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D 154
SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) 157
SECCIÓN 3 Su *Explicación de beneficios (EOB) de la Parte D* explica en qué etapa de pago se encuentra 157
SECCIÓN 4 La Etapa del deducible 159
SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial 159
SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas 162
SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D 163

CAPÍTULO 7: Cómo solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde de una factura por concepto de servicios médicos o medicamentos cubiertos 166

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos 166
SECCIÓN 2 Cómo solicitarnos el reembolso o el pago de una factura que recibió 169
SECCIÓN 3 Analizaremos su solicitud de pago y decidiremos si le pagaremos o no 170

CAPÍTULO 8: Sus derechos y responsabilidades 172

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales 172
SECCIÓN 2 Sus responsabilidades como miembro de nuestro plan 178

CAPÍTULO 9: Si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones, quejas) 181

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud 181
SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada 182
SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema 182
SECCIÓN 4 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones 183
SECCIÓN 5 Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 186
SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación 196
SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto 207
SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto 212
SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5 217
SECCIÓN 10 Cómo presentar una queja sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera, el servicio al cliente u otras inquietudes 220

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan 224

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan 224
SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan? 224
SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan 227

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos mediante nuestro plan 228
SECCIÓN 5 Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) debe finalizar la membresía de su plan en ciertas situaciones 228

CAPÍTULO 11: Avisos legales 231
SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes 231
SECCIÓN 2 Aviso sobre no discriminación 231
SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare 232

CAPÍTULO 12: Definiciones 233

CAPÍTULO 1:
Primeros pasos como miembro

SECCIÓN 1 Es miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

Sección 1.1 Usted está inscrito en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), que es un plan especializado de Medicare Advantage (Plan de necesidades especiales)

Usted está cubierto por Medicare y elige obtener su cobertura médica y de medicamentos de Medicare mediante Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).

> Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) es un plan Medicare Advantage HMO (HMO significa Organización para el mantenimiento de la salud) con opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS) aprobado por Medicare y administrado por una compañía privada. “Punto de servicio” significa que usted puede usar proveedores que están fuera de la red de nuestro plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio.)

Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) es un plan Medicare Advantage especializado (un “Plan de necesidades especiales” de Medicare). Esto significa que sus beneficios están diseñados para las personas con necesidades de atención médica especiales. Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) está diseñado para proporcionar beneficios de salud adicionales que ayudan específicamente a las personas que tienen al menos una de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares.

Nuestro plan incluye proveedores que se especializan en el tratamiento de la al menos una de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares. También incluye programas de salud diseñados para satisfacer las necesidades especializadas de las personas con estas afecciones. Además, nuestro plan cubre medicamentos con receta para tratar la mayoría de las afecciones médicas, incluidos los medicamentos que se usan generalmente para tratar la al menos una de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares. Como miembro de nuestro plan, usted obtiene beneficios especialmente diseñados para su afección y toda su atención estará coordinada mediante nuestro plan.

Sección 1.2 Información legal sobre la *Evidencia de Cobertura*

Esta *Evidencia de Cobertura* es parte de nuestro contrato con usted sobre cómo Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) ubre su atención. Las otras partes de este contrato incluyen el formulario de inscripción, la *Lista de medicamentos cubiertos* (Formulario) y cualquier aviso que

reciba de nuestra parte sobre las 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 Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), desde el 1 de enero de 2027 hasta el 31 de diciembre de 2027.

Medicare nos permite efectuar cambios en los planes que ofrecemos cada año calendario. Esto significa que podemos cambiar los costos y beneficios de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) después del 31 de diciembre de 2027. También podemos decidir dejar de ofrecer nuestro plan en su área de servicio, u ofrecerlo en un área de servicio diferente, después del 31 de diciembre de 2027.

Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) debe aprobar Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) cada año. Puede seguir obteniendo la cobertura de Medicare como miembro de nuestro plan solo si decidimos continuar ofreciendo nuestro plan y si Medicare renueva la aprobación de nuestro plan.

SECCIÓN 2 Requisitos de elegibilidad del plan

Sección 2.1 Sus requisitos de elegibilidad

Usted es elegible para ser miembro de nuestro plan siempre y cuando cumpla con todas estas condiciones:

- Tenga tanto la Parte A como la Parte B de Medicare.
- Vive en nuestra área geográfica de servicio (descrita en la Sección 2.2). No se considera que las personas encarceladas vivan en el área de servicio geográfica, aun si se encuentran físicamente en esta área.
- Usted es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero con derecho a elegibilidad.
- Cumple con los requisitos especiales de elegibilidad que se describen a continuación.

Requisitos especiales de elegibilidad para nuestro plan

Nuestro plan está diseñado para satisfacer las necesidades especializadas de las personas que padecen ciertas afecciones. Para ser elegible para nuestro plan, debe tener al menos una de las siguientes afecciones: diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca crónica o trastornos cardiovasculares.

Nota: Si pierde su elegibilidad para nuestro plan, pero se espera razonablemente que recupere la elegibilidad dentro de los 6 meses), sigue siendo elegible para la membresía. La Sección 2 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y los costos compartidos durante un período de elegibilidad continúa estimada.

Sección 2.2 Área de servicio del plan para Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) solo está disponible para personas que viven en el área de servicio de nuestro plan. Para seguir siendo miembro de nuestro plan, debe continuar viviendo en el área de servicio de nuestro plan. El área de servicio se describe a continuación.

Nuestra área de servicio incluye los siguientes condados de Florida: Baker, Broward, Clay, DeSoto, Duval, Hardee, Hendry, Hernando, Hillsborough, Indian River, Manatee, Martin, Miami-Dade, Okeechobee, Osceola, Palm Beach, Pasco, Pinellas, Sarasota, Seminole, St. Lucie, and Sumter.

Si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan, no puede seguir siendo miembro de este plan. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si tenemos un plan en su nueva área. Si se muda, tendrá un Período de inscripción especial para cambiar a Original Medicare o inscribirse en un plan de salud de Medicare o plan de medicamentos en su nueva ubicación.

También es importante que usted llame al Seguro Social si se muda o cambia su dirección postal. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

Sección 2.3 Ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible

Usted debe ser ciudadano o nacional de los EE. UU., o un no ciudadano elegible para ser miembro de un plan de salud de Medicare. Medicare (los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid) notificará a Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) si no es elegible para seguir siendo miembro de nuestro plan en función de estas condiciones. Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) debe cancelar su inscripción si no cumple con este requisito.

SECCIÓN 3 Qué esperar al inscribirse por primera vez en nuestro plan

Sección 3.1 Evaluación de riesgos de salud (HRA)

Al inscribirse por primera vez en nuestro plan, recibirá una evaluación de riesgos de salud (HRA) dentro de los 90 días anteriores o posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción.

Debemos completar una HRA para usted. La HRA es la base para desarrollar su plan de atención. La HRA incluye preguntas para identificar sus necesidades médicas, de salud conductual y funcionales.

Nos comunicaremos con usted para completar la HRA. Su HRA puede completarse por correo, por teléfono o en persona (cara a cara) con un miembro de nuestro equipo de gestión de atención. Le enviaremos más información sobre esta HRA. Luego, nos comunicaremos con usted anualmente para recibir actualizaciones para determinar si sus necesidades han cambiado.

Sección 3.2 Equipo de atención y plan de atención

Un equipo de atención puede ayudarle a seguir recibiendo la atención que necesita. Un equipo de atención puede incluir a su médico, un coordinador de atención, los especialistas que usted ve u otros profesionales de la salud que usted elija.

Usted trabaja con un equipo de atención para hacer un plan de atención basado en sus preferencias. Un plan de atención le dice a usted, a sus médicos y a otros proveedores de salud qué servicios necesita y cómo obtenerlos. Incluye sus servicios médicos, de salud conductual y otros servicios si corresponde.

Su plan de atención incluye:

- información sobre sus condiciones médicas y sus necesidades de salud conductual, funcionales, cognitivas y sociales
- sus preferencias y opciones de atención médica
- servicios e intervenciones adaptados a sus necesidades; y las personas responsables de ayudarle a llevar a cabo su plan.

Su administrador de casos coordina el desarrollo de su plan de atención con usted y, con su permiso, con su cuidador, proveedor de atención primaria y otros miembros de su equipo de atención. Desarrollamos su plan de atención dentro de los 90 días posteriores a su HRA inicial o dentro de los 90 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de su inscripción, lo que ocurra más tarde.

Su plan de atención también incluye:

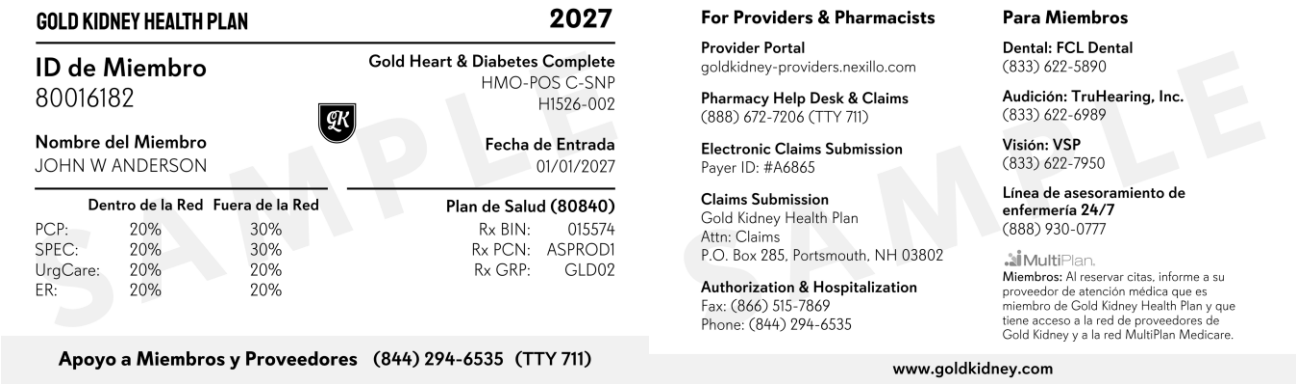
- sus metas de atención médica según las prioridades establecidas por usted, y
- un cronograma para obtener los servicios que necesita.

Su equipo de atención se reúne con usted después de su HRA. Le preguntan sobre los servicios que necesita. También le informan sobre los servicios que podría considerar obtener. Su equipo de atención trabaja con usted para actualizar su plan de atención al menos cada año o según sea necesario si tiene algún cambio en su estado de salud.

SECCIÓN 4 Materiales importantes para miembros

Sección 4.1 Tarjeta de miembro de nuestro plan

Use su tarjeta de miembro cada vez que reciba servicios cubiertos por nuestro plan y para los medicamentos con receta que obtenga en las farmacias de la red. También debe mostrarle su tarjeta de Medicaid al proveedor si tiene una. Ejemplo de tarjeta de membresía del plan:


GOLD KIDNEY HEALTH PLAN 2027

ID de Miembro
80016182

Nombre del Miembro
JOHN W ANDERSON

Gold Heart & Diabetes Complete
HMO-POS C-SNP
H1526-002

Fecha de Entrada
01/01/2027

	Dentro de la Red	Fuera de la Red
PCP:	20%	30%
SPEC:	20%	30%
UrgCare:	20%	20%
ER:	20%	20%

Plan de Salud (80840)
Rx BIN: 015574
Rx PCN: ASPROD1
Rx GRP: GLD02

For Providers & Pharmacists
Provider Portal
goldkidney-providers.nexillo.com
Pharmacy Help Desk & Claims
(888) 672-7206 (TTY 711)
Electronic Claims Submission
Payer ID: #A6865
Claims Submission
Gold Kidney Health Plan
Attn: Claims
P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802
Authorization & Hospitalization
Fax: (866) 515-7869
Phone: (844) 294-6535

Para Miembros
Dental: FCL Dental
(833) 622-5890
Audición: TruHearing, Inc.
(833) 622-6989
Visión: VSP
(833) 622-7950
Línea de asesoramiento de enfermería 24/7
(888) 930-0777
MultiPlan.
Miembros: Al reservar citas, informe a su proveedor de atención médica que es miembro de Gold Kidney Health Plan y que tiene acceso a la red de proveedores de Gold Kidney y a la red MultiPlan Medicare.

Apoyo a Miembros y Proveedores (844) 294-6535 (TTY 711)
www.goldkidney.com

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 lugar de la tarjeta de miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), es posible que tenga que pagar usted mismo el costo total de los servicios médicos. Guarde la tarjeta de Medicare en un lugar seguro. Se le puede pedir que la muestre si necesita servicios hospitalarios, servicios de hospicio o si participa en estudios de investigación clínica aprobados por Medicare, también denominados ensayos clínicos.

Si la tarjeta de miembro de nuestro plan está dañada, se le pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (os usuarios de TTY deben llamar al 711) ara que le enviemos una tarjeta nueva.

Sección 4.2 Directorio de proveedores y farmacias

El *Directorio de proveedores y farmacias* www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/ enumera los proveedores actuales de nuestra red y los proveedores de equipo médico duradero y farmacias.

Los **proveedores de la red** son los médicos 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 usar proveedores de la red para obtener atención y servicios médicos a menos que reciba servicios cubiertos bajo nuestra opción de Punto de Servicio (POS) u otra excepción de cobertura. Otras excepciones incluyen atención de emergencia, servicios de urgencia cuando la red no esté disponible, diálisis mientras se encuentre temporalmente fuera de nuestra área de servicio y atención fuera de la red autorizada por nuestro plan. Si va a otro lugar sin la debida autorización, tendrá que pagar en su totalidad. Las únicas excepciones son las emergencias, los servicios de urgencia cuando la red no está disponible, (es decir, en situaciones en las que no es razonable o no es posible obtener servicios dentro de la red), servicios de diálisis fuera del área y casos en los que Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) autoriza el uso de proveedores fuera de la red.

Su plan incluye una opción de punto de servicio (Point-of-Service, POS), que le permite consultar a médicos y usar servicios fuera de la red del plan. Puede consultar a proveedores fuera de la red, pero solo para determinados servicios y:

El servicio es médicamente necesario

Puede haber un costo compartido más alto (copago o coseguro)

El servicio debe estar dentro de las reglas de beneficios de POS

Incluso cuando utiliza proveedores fuera de la red, la atención debe cumplir con los criterios de aprobación del plan, incluida la autorización previa y los servicios cubiertos. Los detalles de los beneficios se proporcionan en la Sección 2 del Capítulo 4 de *la Tabla de beneficios médicos.*

Las **farmacias de la red** son farmacias que han aceptado surtir los medicamentos con receta cubiertos para los miembros de nuestro plan. Utilice el *Directorio de proveedores y farmacias* para encontrar la farmacia de la red que desea usar. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre cuándo puede usar farmacias que no están en la red de nuestro plan.

Si no tiene un Directorio de proveedores y farmacias, puede solicitar una copia (en formato electrónico o impreso) a Servicios para Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede encontrar esta información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/. Las solicitudes de *Directorios de proveedores y farmacias* en formato impreso se le enviarán en un plazo de tres días hábiles.

Sección 4.3 Lista de medicamentos (formulario)

Nuestro plan tiene una *Lista de medicamentos cubiertos* (también llamada Lista de medicamentos o Formulario). Indica qué medicamentos recetados están cubiertos por el beneficio de la Parte D incluido en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP). Nuestro plan, con la colaboración de un equipo de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La Lista de medicamentos cumple con todos los requisitos de Medicare. Los medicamentos incluidos en el Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare se incluirán en su Lista de medicamentos, a menos que hayan sido eliminados o reemplazados como se describe en Sección 6 del Capítulo 5. Medicare aprobó la Lista de medicamentos de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).

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

Le daremos una copia de la Lista de medicamentos. Para obtener la información más completa y actualizada sobre qué medicamentos están cubiertos, consulte www.goldkidney.com/covered-drugs/ para obtener nuestra lista de medicamentos o llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 5 Resumen de costos importantes para 2027

	Sus costos en 2027
Prima mensual del plan* * Su prima puede ser mayor que este monto. Para obtener más información, consulte la Sección 5.1.	**$7.30**
Deducible	**$283 (este es el monto de 2026 y podría cambiar para 2027) salvo por la insulina provista mediante un equipo médico duradero.** **Si es elegible para recibir ayuda con los costos compartidos de Medicare mediante Medicaid, usted paga menos.**
Monto máximo que paga de su bolsillo Esto es lo máximo que pagará de su bolsillo por los servicios cubiertos. (Para obtener más información, consulte la Sección 1 del Capítulo 4.)	**$9,750 por servicios cubiertos por Medicare dentro de la red. Nuestro plan no tiene un monto máximo de gastos de su propio bolsillo para los servicios recibidos bajo la opción POS.**
Consultas al médico de atención primaria	**Dentro de la red** **20 % de coseguro** **Fuera de la red** **30 % de coseguro**
Consultas al médico especialista	**Dentro de la red** **20 % de coseguro** **Fuera de la red** **30 % de coseguro**

	Sus costos en 2027
Hospitalizaciones Incluye varias estancias en hospitales de pacientes internados, como atención aguda, rehabilitación y atención a largo plazo. Una estancia en el hospital como paciente internado comienza el día en que se le admite formalmente con una orden médica y termina el día anterior a su alta.	**Dentro de la red** **Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficios.** **Días 61 al 90: $434 de copago por día por cada período de beneficios.** **Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días a lo largo de su vida).** **Después de que se agoten los días de hospitalización para pacientes internados cubiertos por Medicare, incluidos los días de reserva de por vida disponibles, el plan cubre una cantidad ilimitada de días adicionales de hospitalización para pacientes internados dentro de la red que sean médicamente necesarios con $0 de copago.** **Fuera de la red** **$1,736 de deducible por cada período de beneficios.** **Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficios.** **Días 61 al 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios.** **Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días a lo largo de su vida).** **Más allá de los días de reserva de por vida: el miembro es responsable del 100% del costo.** **Estos son los montos de costo compartido de 2026 y podrían cambiar para 2027.**
Cobertura de medicamentos de la Parte D (Vaya al Capítulo 6 para obtener detalles, incluidos el Deducible anual, la Cobertura inicial y las Etapas de cobertura catastrófica.)	**Deducible de la cobertura de medicamentos de la Parte D** **$700 salvo por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D.** **Coseguro durante la Etapa de cobertura inicial:**

	Sus costos en 2027
	Después de que usted pague el deducible, pagará el 25% del costo total de todos los medicamentos cubiertos de la Parte D durante la Etapa de Cobertura Inicial. **Para un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, usted paga el monto menor entre $35, el 25% del precio justo máximo de Medicare (si corresponde) o el 25% del precio negociado. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos** **Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:** **Durante esta etapa de pago, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D.**

Sus costos pueden incluir lo siguiente:

- Prima del plan (Sección 5.1)
- Prima mensual de la Parte B de Medicare (Sección 5.2)
- Multa por inscripción tardía de la Parte D (Sección 5.3)
- Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Sección 5.4)
- Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare (Sección 5.5)

Sección 5.1 Prima del plan

Como miembro de nuestro plan, usted paga una prima mensual del plan. Para 2027, la prima mensual del plan para Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) es de $7.30.

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

El programa de Ayuda adicional ayuda a las personas con recursos limitados a pagar los medicamentos. Obtenga más información sobre este programa en la Sección 7 del Capítulo 2. Si reúne los requisitos, la inscripción en este programa podría reducir la prima mensual del plan.

Si ya recibe ayuda de este programa, **la información de las primas en esta *Evidencia de Cobertura*** no aplica en su caso. Le enviamos un documento separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*, también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos o Cláusula LIS*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese

con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 ((los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

Las primas de la Parte B y la Parte D de Medicare varían para las personas que tienen distintos ingresos. Si tiene preguntas sobre estas primas, revise su copia del folleto *Medicare y Usted 2027*, en la sección titulada *Costos de Medicare de 2027*. Descargue una copia desde el sitio web de Medicare (Medicare.gov/medicare-and-you) o pida una copia impresa por teléfono al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Sección 5.2 Prima mensual de la Parte B de Medicare

A muchos miembros se les exige que paguen otras primas de Medicare

Además de pagar la prima mensual del plan, **debe seguir pagando sus primas de Medicare para seguir siendo miembro del plan.** Esto incluye su prima para la Parte B. También puede incluir una prima para la Parte A, si no es elegible para la Parte A sin prima.

Sección 5.3 Multa por inscripción tardía de la Parte D

Algunos miembros deben pagar una **multa por inscripción tardía** de la Parte D. La multa por inscripción tardía de la Parte D es una prima adicional que debe pagarse para la cobertura de la Parte D si, en algún momento después de que finaliza su período de inscripción inicial, hay un período de 63 días consecutivos o más en los que usted no tiene la Parte D u otra cobertura para medicamentos acreditable. La cobertura para medicamentos acreditable es la cobertura que cumple con los estándares mínimos de Medicare, ya que se espera que cubra, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura estándar para medicamentos con receta de Medicare. El costo de la multa por inscripción tardía depende de cuánto tiempo estuvo sin otra cobertura acreditable para medicamentos o de la Parte D. Por lo general, tendrá que pagar esta multa mientras tenga cobertura de la Parte D.

La multa por inscripción tardía de la Parte D se agrega a su prima mensual trimestral. Cuando se inscriba por primera vez en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), le haremos saber el monto de la multa.

No tiene que pagar la multa por inscripción tardía de la Parte D si:

- Recibe ayuda adicional de Medicare para ayudar a pagar los costos de sus medicamentos.
- Pasó menos de 63 días seguidos sin la Parte D u otra cobertura acreditable.
- Tuvo una cobertura de medicamentos acreditable mediante otra fuente, como un empleador anterior, un sindicato, TRICARE o la Administración de Salud de Veteranos (VA). Su asegurador o su departamento de Recursos Humanos le informarán cada año si su cobertura para medicamentos es una cobertura acreditable. Puede obtener esta información por carta o en un boletín informativo de ese plan. Conserve esta información, porque puede necesitarla si se une, en el futuro, al plan de medicamentos de Medicare.

- **Nota:** Cualquier carta o aviso debe indicar que tenía una cobertura para medicamentos con receta acreditable que se preveía que pagaría el mismo monto que el plan estándar de medicamentos de Medicare.
- **Nota:** Las tarjetas de descuento para medicamentos con receta, clínicas gratis y sitios web de descuentos en medicamentos no son una cobertura para medicamentos con receta acreditable.

Medicare determina el monto de la multa por inscripción tardía de la Parte D. Esta es la manera en que funciona:

- Si estuvo 63 días o más sin la Parte D u otra cobertura para medicamentos con receta acreditable después de ser elegible por primera vez para inscribirse en la Parte D, nuestro plan contará la cantidad de meses completos que no tuvo cobertura.
- Luego, Medicare determina el monto de la prima mensual promedio de los planes de medicamentos de Medicare en la nación desde el año anterior (prima nacional básica del beneficiario). Para 2027, el monto promedio de la prima es de $41.33.
- Para calcular su multa mensual, Medicare multiplica el número de meses sin cobertura (porcentaje de la multa) por el 1% de la prima nacional base del beneficiario y luego redondea esa cantidad a los 10 centavos más cercanos. Por ejemplo, si pasa 14 meses sin la Parte D u otra cobertura acreditable, la multa será del 14% por $41.33, que es igual a $5.79. Esto se redondea a $5.80. Este monto se agregará **a la prima mensual del plan de una persona que deba pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D**.

Tres aspectos importantes a tener en cuenta con respecto a la multa mensual por la multa por inscripción tardía de la Parte D:

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

Si está en desacuerdo con su multa por inscripción tardía de la Parte D, usted o su representante pueden solicitar una reconsideración (apelación) de la multa. La reconsideración es realizada por una organización de revisión independiente que no está conectada con nosotros. Por lo general, debe solicitar esta reconsideración **dentro de los 60 días** a partir de la fecha de la primera carta que reciba donde se indique que tiene que pagar una multa por inscripción tardía. Sin embargo, si ya estaba pagando una multa antes de unirse a nuestro plan,

por lo general no tendrá otra oportunidad de solicitar una reconsideración de esa multa por inscripción tardía.

Sección 5.4 Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos

Es posible que algunos miembros deban pagar un cargo adicional, conocido como Importe ajustado mensual relacionado con los ingresos (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA) de la Parte D. El cargo adicional se calcula utilizando sus ingresos brutos ajustados modificados según lo informado en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años. Si este monto es superior a cierto monto, pagará el monto de la prima estándar y el IRMAA adicional. Para obtener más información sobre el monto adicional que puede tener que pagar en función de sus ingresos, consulte Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

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

Si está en desacuerdo con pagar un IRMAA adicional, puede solicitar al Seguro Social que revise la decisión. Para averiguar cómo hacer esto, comuníquese con el Seguro Social al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Sección 5.5 Monto del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

Si está participando en el plan de pago de medicamentos con receta de Medicare, cada mes pagará su prima del plan (si la tiene) y recibirá una factura de su plan de salud o de medicamentos por sus medicamentos con receta (en lugar de pagar en la farmacia). Su factura mensual se basa en lo que debe por cualquier receta que obtenga, además del saldo del mes anterior, dividido por la cantidad de meses que le restan del año.

La Sección 7 del Capítulo 2 explica más acerca del plan de pago de medicamentos con receta de Medicare. Si no está de acuerdo con el monto facturado como parte de esta opción de pago, puede seguir los pasos descritos en el Capítulo 9 para presentar una queja o apelación.

SECCIÓN 6 Más información sobre su prima mensual del plan

Sección 6.1 Cómo pagar la prima de su plan

Existen 2 formas de pagar la prima del plan.

Opción 1: Pagar con cheque

Puede pagar con cheque utilizando la factura de facturación y el sobre de devolución que le enviaremos. Si elige esta opción, su factura se generará a más tardar el día 10 de cada mes y el pago de la prima de su plan y de la multa por inscripción tardía de la Parte D vencerá el día 1 del mes siguiente.

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

- Haga su cheque a “Gold Kidney Health Plan”. Los cheques deben ser pagaderos a “Gold Kidney Health Plan” y no a Medicare, CMS o HHS. También puede usar un giro postal si no tiene una cuenta corriente.
- Incluya la factura junto con su pago y use el sobre de respuesta proporcionado.
- Si no utiliza el sobre de respuesta, envíe su pago a la siguiente dirección: Gold Kidney Health Plan, ATTN: Plan Premiums, P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802.
- Escriba su número de identificación de miembro de Gold Kidney en su cheque. Puede encontrar su número de identificación de miembro en su tarjeta de identificación o en la carta de confirmación de inscripción.

Opción 2: Hacer que las primas del plan se deduzcan de su cheque mensual del Seguro Social

Cambiar la forma en que paga su prima del plan.

Si decide cambiar la manera en la que paga su prima del plan, el nuevo método de pago puede tardar hasta 3 meses en entrar en vigencia. Mientras procesamos su solicitud para un nuevo método de pago, usted todavía es responsable de asegurarse de que la prima del plan se pague a tiempo. Para cambiar su método de pago, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Si tiene problemas para pagar su prima del plan

Su prima del plan debe recibirse en nuestra oficina antes del primer día de cada mes. Si usted adeuda una multa por inscripción tardía de la Parte D, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos con receta.

Si tiene problemas para pagar su prima a tiempo, llame a Servicios para los Miembros al 844 294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si podemos referirlo a programas que lo ayuden con sus costos.

Si cree que cancelamos su membresía por error, puede presentar una queja (también denominado reclamo). Si experimentó una circunstancia de emergencia de fuerza mayor que le impidió pagar su prima del plan dentro de nuestro período de gracia, puede presentar una queja. En el caso de las quejas, revisaremos nuestra decisión nuevamente. Vaya al Capítulo 9 para saber cómo presentar una queja o llámenos al 844-294-6535 entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., hora local. Los usuarios de TTY

deben llamar al 711. Debe plantear la queja antes de los 60 días calendario posteriores a la fecha en que se cancela su membresía.

Sección 6.2 Su prima mensual del plan no cambiará durante el año

No podemos cambiar la prima mensual del plan durante el año. Si la prima mensual del plan cambia el próximo año, se lo informaremos en septiembre y la nueva prima entrará en vigencia el 1 de enero.

Si se vuelve elegible para recibir Ayuda adicional o pierde su elegibilidad para Ayuda adicional durante el año, la parte de nuestra prima del plan que tiene que pagar puede cambiar. Si califica para recibir Ayuda adicional con los costos de su cobertura de medicamentos, la Ayuda adicional paga parte de su prima mensual del plan. Si pierde su elegibilidad para recibir Ayuda adicional durante el año, deberá comenzar a pagar completamente la prima mensual del plan. En la Sección 7 del Capítulo 2 encontrará más información sobre “Ayuda adicional”.

SECCIÓN 7 Mantener actualizado su registro de miembro del plan

Su registro de miembro contiene información del formulario de inscripción, incluso su dirección y número de teléfono. Muestra la cobertura específica de su plan, incluidos su proveedor de atención primaria, especialistas e información sobre afecciones crónicas.

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

Si tiene alguno de estos cambios, háganoslo saber:

- Cambios en su nombre, dirección o número de teléfono
- Cambios en cualquier otra cobertura médica que tenga (por ejemplo, de su empleador, del empleador de su cónyuge o pareja doméstica, compensación laboral o Medicaid)
- Si existe alguna reclamación de responsabilidad civil, por ejemplo, por un accidente automovilístico
- Si es ingresado en un hogar de ancianos
- Si recibe atención en un hospital o una sala de emergencias que se encuentra fuera del área de cobertura o fuera de la red
- Si cambia la parte responsable designada por usted (como un cuidador)
- Si participa en un estudio de investigación clínica (**Nota:** No está obligado a informarle a nuestro plan sobre los estudios de investigación clínica en los que tiene la intención de participar, pero lo alentamos a que lo haga).

Si hay algún cambio en su información, déjenos saber llamando a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (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. Llame al Seguro Social al 1-800-772-1213 (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-800-325-0778).

SECCIÓN 8 Cómo funcionan otros seguros con su plan

Medicare nos exige recopilar información sobre cualquier otra cobertura médica o de medicamentos que tenga para que podamos coordinar cualquier otra cobertura con sus beneficios en virtud de nuestro plan. A esto se lo denomina **Coordinación de beneficios**.

Una vez por año le enviaremos una carta que enumera 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 no es correcta o si tiene otra cobertura que no figura en la lista, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Es posible que deba proporcionar su número de identificación de miembro del plan a sus otras aseguradoras (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 establecidas por Medicare determinan si nuestro plan o su otro seguro paga en primer término. El seguro que primero paga (“el pagador principal”) paga hasta el máximo de su cobertura. El que paga en segundo término, (“el pagador secundario”), solo paga si quedaron costos sin cubrir de la cobertura principal. El pagador secundario puede no pagar los costos sin cubrir. Si usted tiene otro seguro, infórmele a su médico, hospital y farmacia.

Estas normas se aplican para la cobertura del plan de salud grupal 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 (ERT):
    - Si es menor de 65 años y está discapacitado, y usted (o un miembro de su familia) todavía trabajan, su plan de salud grupal paga primero si el empleador tiene 100 o más empleados o si este es parte de un plan de empleadores múltiples en el cual, al menos, uno de ellos tiene más de 100 empleados.

  - Si tiene más de 65 años y usted (o su cónyuge o pareja doméstica) 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 ERT, 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 importantes

SECCIÓN 1 Información de contacto de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

Para obtener ayuda con las reclamaciones o la facturación, o si tiene alguna pregunta sobre la tarjeta de miembro, llame o escriba a Servicios para los Miembros de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP). Con gusto lo ayudaremos.

Servicios para los Miembros – Información de contacto	
Llamar	844-294-6535 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Servicios para los Miembros 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
Fax	(866) 547-1920
Escribir	Gold Kidney Health Plan Inc. P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802

	GKMemberServices@goldkidney.com
Sitio web	www.goldkidney.com

Cómo solicitar una decisión de cobertura o apelación sobre su atención médica o sus medicamentos con receta de la Parte D

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

Decisiones de cobertura y apelaciones para atención médica o medicamentos con receta de la Parte D – Información de contacto	
Llamar	**Atención médica:** 844-294-6535 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. **Medicamentos de la Parte D:** 888-672-7206 De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico; y sábados y domingos de 6:00 a.m. a 2:30 p.m., hora del Pacífico
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Atención médica:** Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. **Medicamentos con receta de la Parte D:**

	De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico; y sábados y domingos de 6:00 a.m. a 2:30 p.m., hora del Pacífico
Fax	**Cobertura de atención médica:** 866-515-7869 **Apelaciones de atención médica:** 888-991-0047 **Cobertura de medicamentos de la Parte D:** 858-790-7100 **Apelaciones de medicamentos de la Parte D:** 858-790-6060
Escribir	**Atención médica:** Gold Kidney Health Plan Inc. "ATTN: Medical Coverage" **or** "ATTN: Appeals" P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 **Parte D:** MedImpact Healthcare Systems, Inc. "ATTN: Appeals Department" **or** "ATTN: Prior Authorization" 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web	www.goldkidney.com

Cómo presentar una queja sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D

Puede presentar una queja sobre nosotros o sobre alguno de nuestros proveedores o farmacias 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 sobre su atención médica o los medicamentos de la Parte D, consulte el Capítulo 9.

Quejas sobre atención médica o medicamentos de la Parte D – Información de contacto	
Llamar	**Atención médica:** 844-294-6535 Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad) Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales) Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.

	Medicamentos de la Parte D: 888-672-7206 De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico; y sábados y domingos de 6:00 a.m. a 2:30 p.m., hora del Pacífico Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Atención médica:** Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad) Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales) Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. **Medicamentos de la Parte D:** De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico; y sábados y domingos de 6:00 a.m. a 2:30 p.m., hora del Pacífico
Fax	**Atención médica:** 888-991-0047 **Parte D:** 858-790-6060
Escribir	**Atención médica:** Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Grievances P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 **Parte D:** MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Grievances Department 10181 Scripps Gateway Court San Diego, CA 92131
Sitio web de Medicare	Para presentar una queja sobre Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) directamente ante Medicare, visite Medicare.gov/my/medicare-complaint.

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

Si recibió una factura o pagó por servicios (como la factura de un proveedor) que cree que deberíamos pagar, es posible que deba solicitarnos un reembolso o pagar la factura del proveedor. Consulte el Capítulo 7 para obtener más información.

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

Solicitudes de pago – Información de contacto	
Llamar	**Atención médica:** 844-294-6535 Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad) Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales) Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. **Medicamentos de la Parte D:** 888-672-7206 De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico; y sábados y domingos de 6:00 a.m. a 2:30 p.m., hora del Pacífico Las llamadas a este número son gratuitas.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. **Atención médica:** Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad) Del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales) Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. **Medicamentos de la Parte D:** De lunes a viernes de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora del Pacífico; y sábados y domingos de 6:00 a.m. a 2:30 p.m., hora del Pacífico
Fax	**Atención médica:** 1-480-716-7555

	Parte D: 858-549-1569
Escribir	**Atención médica:** Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Member Reimbursement P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 **Parte D:** MedImpact Healthcare Systems, Inc. ATTN: Claims (Reimbursements) P.O. Box 509108 San Diego, CA 92150-9108
Sitio web	www.goldkidney.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 celebra contratos con organizaciones de Medicare Advantage, incluido nuestro plan.

Medicare – Información de contacto	
Llamar	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Las llamadas a este número son gratuitas. Durante las 24 horas, los 7 días de la semana.
TTY	1-877-486-2048 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número son gratuitas.
Chatear en vivo	Chatee en vivo en Medicare.gov/talk-to-someone.
Escribir	Escriba a Medicare a PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Sitio web	Medicare.gov • Obtener información sobre los planes de salud y de medicamentos de Medicare en su área, incluido el costo y los servicios que brindan. • Encuentre médicos u otros proveedores de atención médica participantes en Medicare. • Descubra qué cubre Medicare, incluidos los servicios preventivos (como exámenes de detección, vacunas y consultas anuales de "bienestar"). • Obtener información y formularios de apelaciones de Medicare. • Obtener información sobre la calidad de la atención proporcionada por planes, hogares de ancianos, hospitales, médicos, agencias de atención médica a domicilio, centros de diálisis, hospicios, centros de rehabilitación para pacientes hospitalizados y hospitales de atención a largo plazo. • Busque sitios web y números de teléfono útiles. También puede consultar Medicare.gov para informar a Medicare sobre cualquier queja que tenga sobre Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP). **Para presentar una queja ante Medicare**, ingrese en 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 gubernamental con asesores capacitados en cada estado que ofrece ayuda, información y respuestas gratuitas a sus preguntas sobre Medicare. En Florida, SHIP se llama Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE).

Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (SHINE) es un programa estatal independiente (que no tiene relación con ninguna empresa de seguros 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 de Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (SHINE) 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 de Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (SHINE) también pueden ayudarlo con preguntas o problemas relacionados con Medicare y ayudarlo a comprender las opciones de los planes de Medicare y a responder preguntas sobre cómo cambiar de plan.

Información de contacto de Servicio a las necesidades de seguro médico de las personas mayores (SHINE) (SHIP de Florida)	
Llamar	1 800-963-5337
TTY	1 800-955-8770
Escribir	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	www.floridashine.org

SECCIÓN 4 Organización para la Mejora de la Calidad (QIO)

Una Organización para la Mejora de la Calidad (Quality Improvement Organization, QIO) designada presta servicios a personas con Medicare en cada estado. Para Florida, la Organización para la mejora de la calidad sobre su apelación se denomina Acentra.

Acentra cuenta con un grupo de médicos y otros profesionales de atención médica que son pagados por Medicare para controlar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare. Acentra es una organización independiente. No tiene ninguna relación con nuestro plan.

Comuníquese con Acentra en cualquiera de estas situaciones:

- Si tiene una queja sobre la calidad de la atención que recibió. Algunos ejemplos de inquietudes sobre la calidad de la atención incluyen obtener el medicamento incorrecto, 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 atención médica a domicilio, servicios en centros de atención de enfermería especializada o servicios en Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) finaliza demasiado pronto.

Acentra (Organización para la mejora de la calidad de Florida) – Información de contacto	
Llamar	888-317-0751 De lunes a viernes, de 9:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora local); fines de semana/feriados, de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. (hora local); servicio de correo de voz disponible las 24 horas.
TTY	711
Escribir	Acentra 1650 Summit Lake Dr., Suite 102 Tallahassee, FL 32317
Sitio web	www.acentraqio.com

SECCIÓN 5 Seguro Social

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

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

Seguro Social – Información de contacto	
Llamar	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 efectuar algunas gestiones durante las 24 horas.
TTY	1-800-325-0778 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades de audición 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, como sus primas de Medicare. Estos **Programas de ahorros de Medicare** incluyen:

- **Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A y la Parte B de Medicare, y otros costos compartidos (como deducibles, coseguro y copagos). (Algunos beneficiarios de QMB también son elegibles para beneficios 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 beneficios totales de Medicaid (SLMB+).)
- **Persona que reúne los requisitos (Qualifying Individual, QI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte B.
- **Trabajadores discapacitados calificados (Qualified Disabled & Working Individuals, QDWI):** Ayuda a pagar las primas de la Parte A.

Para obtener más información sobre Medicaid y los programas de ahorros de Medicare, comuníquese con la Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida.

Agencia para la Administración de la Atención Médica de Florida – Información de contacto	
Llamar	888-419-3456 De lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. (hora local)
TTY	800-955-8771 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para personas que tienen dificultades auditivas o del habla.

Escribir	Florida Agency for Health Care Administration 2727 Mahan Drive Tallahassee. FL 32308
Sitio web	www.ahca.myflorida.com/medicaid

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

El sitio web Medicare (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) **tiene información sobre cómo reducir los costos de sus medicamentos con receta. Los siguientes programas pueden ayudar a las personas con ingresos limitados**.

Ayuda adicional de Medicare

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

Si usted califica automáticamente para la Ayuda adicional, Medicare le enviará una carta color morado para informarle. Si no califica automáticamente, puede presentar la solicitud en cualquier momento. Para saber si reúne los requisitos para recibir Ayuda adicional:

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

Cuando solicita Ayuda adicional, también puede iniciar el proceso de solicitud para un Programa de ahorros de Medicare (Medicare Savings Program, MSP). Estos programas estatales brindan ayuda con otros costos de Medicare. El Seguro Social enviará información a su estado para iniciar una solicitud de MSP, a menos que les indique que no lo hagan en la solicitud de Ayuda adicional.

Si califica para recibir Ayuda adicional y cree que está pagando un monto incorrecto por sus medicamentos con receta en una farmacia, nuestro plan tiene un proceso para ayudarle a obtener evidencia del monto de copago correcto. Si ya tiene evidencia de la cantidad correcta, podemos ayudarle a compartir esta evidencia con nosotros.

- Documentación que demuestre que usted califica para la “Ayuda adicional” que incluye lo siguiente:

Una copia de su tarjeta de Medicaid que muestre su nombre y la fecha en que se volvió elegible para recibir "Ayuda adicional". La fecha debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
  - Una carta de la Administración del Seguro Social que muestre su estado de "Ayuda adicional". Esta carta podría denominarse Información importante, Carta de adjudicación, Aviso de cambio o Aviso de medida. Una carta de la Administración del Seguro Social que demuestre que usted recibe ingresos complementarios del Seguro Social. Si ese es el caso, también califica para la "Ayuda adicional".
  - Una copia de cualquier documento estatal o cualquier impresión del sistema estatal que muestre su estado activo de Medicaid. La fecha activa que se muestra debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
  - Su hospitalización en el centro médico debe durar al menos un mes completo y debe ser en el mes de julio o posterior del año pasado.
  - Un estado de facturación del centro que muestre el pago de Medicaid. Una copia de cualquier documento estatal o cualquier impresión del sistema estatal que muestre el pago de Medicaid por usted.

- Si primero muestra uno de los documentos mencionados anteriormente como prueba en la farmacia, envíenos una copia. Envíe el documento por correo a:

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

- Cuando recibamos la evidencia que muestre el nivel de copago correcto, actualizaremos nuestro sistema para que pueda pagar el monto correcto cuando obtenga sus próximos medicamentos con receta. Si paga de más su copago, le reembolsaremos el dinero, ya sea con cheque o un crédito para copagos futuros. Si la farmacia no cobró el copago y usted le adeuda ese monto, es posible que efectuemos el pago directamente a la farmacia. Si el estado pagó en su nombre, tal vez le paguemos directamente al estado. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

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

El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) ayuda a que las personas que tienen VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan vidas. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también se

encuentran en el formulario de ADAP califican para recibir ayuda con el costo compartido de los medicamentos con receta mediante el ADAP de Florida.

Nota: Para ser elegible para el ADAP de su estado, las personas deben cumplir con ciertos criterios, incluido un comprobante de residencia en el estado y estado de VIH, comprobante de bajos ingresos (según lo establece el estado) y estado de no asegurado/con seguro insuficiente. Si cambia de plan, notifique a su encargado local de inscripción del ADAP para que pueda continuar recibiendo ayuda. Para obtener información sobre los criterios de elegibilidad, los medicamentos cubiertos o cómo inscribirse en el programa, llame al 850-245-4422.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare

El Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarlo a administrar sus costos de bolsillo por los medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del **año calendario** (de enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. **Esta opción de pago podría ayudarlo a administrar sus gastos, pero no le ahorrará dinero ni reducirá los costos de sus medicamentos. Si está participando en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para 2027; no es necesario que envíe una nueva solicitud de elección para continuar participando en 2027.** Para obtener más información sobre esta opción de pago, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o consulte Medicare.gov.

Plan de pago de medicamentos con receta de Medicare – Información de contacto	
Llamar	**Servicios para los Miembro de Gold Kidney:** 844-294-6535 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Servicios para los Miembros 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
Escribir	Gold Kidney Health Plan Inc. ATTN: Medicare Prescription Payment Plan P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 GKMemberServices@goldkidney.com
Sitio web	www.goldkidney.com

SECCIÓN 8 Junta de jubilación de empleados ferroviarios (Railroad Retirement Board, RRB)

La Junta de jubilación de empleados 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 mediante la Junta de jubilación de empleados ferroviarios, debe informarles si se muda o cambia su dirección postal. Si tiene alguna pregunta sobre los beneficios de la Junta de jubilación de empleados ferroviarios, comuníquese con la agencia.

Junta de jubilación de empleados ferroviarios (RRB) – Información de contacto	
Llamar	1-877-772-5772 Las llamadas a este número son gratuitas. Presione “0” para hablar con un representante de la RRB de 9:00 a.m. a 3:30 p.m. los lunes, martes, jueves y viernes, y de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. los miércoles. Presione “1”, para acceder a la Línea de ayuda automatizada e información grabada de la RRB durante las 24 horas, incluidos los fines de semana y días feriados.
TTY	1-312-751-4701 Este número necesita un equipo telefónico especial y es solo para

	personas que tienen dificultades de audición o del habla. Las llamadas a este número no son gratuitas.
Sitio web	https://RRB.gov

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

Si usted (o su cónyuge o pareja doméstica) obtiene beneficios de su empleador o grupo de jubilados (o del de su cónyuge o pareja doméstica) como parte de este plan, llame al administrador de beneficios del empleador o sindicato o a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (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 doméstica). También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) si tiene preguntas relacionadas con su cobertura de Medicare conforme a este plan. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

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

CAPÍTULO 3: Cómo utilizar nuestro plan para obtener servicios médicos

SECCIÓN 1 Cómo obtener atención médica como miembro de nuestro plan

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

Sección 1.1 Proveedores de la red y los servicios cubiertos

- Los **proveedores** son los médicos y otros profesionales de atención médica 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 médicos y otros profesionales de atención médica, 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 para que les presten servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores de nuestra red nos facturan de manera directa por la atención que le brindan. Cuando consulta con un proveedor de la red, solo paga la parte que le corresponde del costo de los servicios.
- Los **servicios cubiertos** incluyen toda la atención médica, los servicios de atención médica, los productos, los equipos y los medicamentos con receta que están cubiertos por nuestro plan. Los servicios cubiertos de atención médica se incluyen en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4. Los servicios cubiertos para medicamentos con receta se analizan en el Capítulo 5.

Sección 1.2 Normas básicas para obtener la atención médica cubierta por nuestro plan

Como un plan de salud de Medicare, Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) debe cubrir todos los servicios cubiertos por Original Medicare y seguir las normas de cobertura de Original Medicare.

Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) cubrirá, por lo general, su atención médica siempre y cuando:

- **La atención que recibe esté incluida en la Tabla de beneficios médicos de nuestro plan** en el Capítulo 4.
- **La atención que reciba se considere médicamente necesaria**. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios, suministros o equipos son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su afección y cumplen con los estándares de buena práctica médica aceptados.
- **Usted cuenta con un proveedor de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) que le brinda y supervisa su atención médica.** Puede elegir un PCP de la red o un PCP fuera de la red elegible que esté dispuesto a atenderlo y facturar directamente a nuestro plan. Consulte la Sección 2.1 para obtener más información.
  - Las derivaciones de su PCP no son necesarias para la atención de emergencia o los servicios de urgencia.
- **Debe recibir su atención médica de un proveedor de la red** o, en el caso de los servicios cubiertos bajo nuestra opción de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés), de un proveedor fuera de la red elegible. Siga todos los requisitos aplicables de autorización previa descritos en el Capítulo 4. Además de la cobertura de POS, las siguientes excepciones le permiten recibir atención cubierta de proveedores fuera de la red:
  - Nuestro plan cubre los servicios de atención de emergencia o de urgencia que usted reciba de un proveedor fuera de la red. Para obtener más información y ver qué significa atención de emergencia o de urgencia, consulte la Sección 3.
  - Si necesita recibir atención médica que Medicare exige que cubra nuestro plan pero no hay especialistas en nuestra red que proporcionen esa atención, puede obtener la atención de un proveedor fuera de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención. Para más información sobre el costo compartido y cómo obtener autorización para consultar a un médico fuera de la red, consulte la Sección 2.4.
  - Nuestro plan cubre los servicios de diálisis renal que reciba en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o cuando su proveedor para este servicio no esté temporalmente disponible o no se pueda acceder a él. El costo compartido que paga a nuestro plan por diálisis nunca puede ser mayor que el costo compartido en Original Medicare. Si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan y obtiene la diálisis de un proveedor que está fuera de la red de nuestro plan, su costo compartido no puede mayor que el costo compartido que paga dentro de la red. Sin embargo, si su proveedor habitual de diálisis dentro de la red no está disponible temporalmente y usted elige obtener servicios dentro nuestra área de servicio de un proveedor fuera de la red de nuestro plan, el costo compartido de la diálisis puede ser mayor.

SECCIÓN 2 Cómo usar proveedores de la red de nuestro plan para obtener atención médica

Sección 2.1 Debe elegir a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, 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 su proveedor de atención primaria. Cuando se convierte en miembro de nuestro plan, debe elegir un proveedor para que sea su PCP. Su PCP es un proveedor que cumple con los requisitos estatales y está capacitado para brindarle atención médica básica. Recibirá su atención básica o de rutina de su PCP. Su PCP también coordinará el resto de los servicios cubiertos que reciba como miembro de nuestro plan.

¿Qué tipos de proveedores pueden actuar como PCP?

- Medicina familiar
- Medicina general
- Medicina interna
- Geriatría

¿Cuál es la función de un PCP en nuestro plan?

El PCP desempeña un papel central en el manejo de la salud general de un miembro. Las responsabilidades clave incluyen:

- Servir como punto de contacto principal para inquietudes médicas que no sean de emergencia
- Desarrollar y supervisar un plan de atención coordinado
- Llevar a cabo exámenes preventivos de rutina y consultas de bienestar
- Monitorear afecciones crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares o insuficiencia cardíaca crónica

¿Cuál es la función del PCP en la coordinación de los servicios cubiertos?

Los PCP ayudan a coordinar todos los servicios de atención médica cubiertos dentro de la red del plan. Esto incluye lo siguiente:

- Derivar al miembro a especialistas o servicios de diagnóstico adecuados
- Garantizar que el miembro comprenda cómo acceder a los beneficios y servicios

- Comunicarse con especialistas y hospitales para mantener la continuidad de la atención
- Colaboración con los programas de administración de casos y administración de enfermedades ofrecidos por el plan

¿Cuál es la función del PCP en la toma de decisiones sobre la obtención de una autorización previa (prior authorization, PA), si corresponde?

En los casos en que los servicios requieren autorización previa, el PCP desempeña un papel importante al:

- Identificar cuándo los servicios pueden requerir autorización previa según los beneficios del plan del miembro
- Presentar o iniciar la documentación clínica necesaria para solicitar una autorización previa del plan
- Trabajar con el equipo de administración de utilización del plan para garantizar una revisión y decisiones oportunas

Cómo elegir un PCP

Si ya tiene un PCP, verifique que su PCP esté cubierto en la red **Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)** verificando que figure en el Directorio de proveedores, que está disponible en www.goldkidney.com. Sin embargo, no es necesario que seleccione un PCP que esté dentro de la red de Gold Kidney, pero si selecciona un PCP fuera de la red, el médico debe estar dispuesto a verlo y facturarle directamente a Gold Kidney por los servicios prestados. Incluya a su PCP en su formulario de inscripción o llame a Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para convertirlo oficialmente en su PCP.

Si su PCP actual no pertenece a la red de Gold Kidney o si usted no tiene un PCP, puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si desea obtener ayuda para identificar un PCP o coordinar con un PCP fuera de la red.

Cómo cambiar su 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 de nuestro plan, en cuyo caso usted deberá elegir a un PCP nuevo. Si cambia su PCP, es posible que se limite a especialistas u hospitales específicos a los que su nuevo PCP lo remita (es decir, subred, círculos de derivación).

Para cambiar su PCP, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535. El cambio tendrá lugar tan pronto como se reciba su solicitud.

Sección 2.2 Cómo puede obtener atención de especialistas y otros proveedores de la red

El especialista es un médico que brinda 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

Cómo acceder a especialistas y otros proveedores de la red

Algunos servicios requieren autorización previa del plan antes de que pueda recibirlos. Su PCP desempeña un papel importante en este proceso al determinar si el servicio es necesario, enviar la información necesaria al plan, guiarlo a proveedores dentro de la red y ayudarlo a navegar por el proceso de aprobación.

Cuando un especialista u otro proveedor de la red dejan de participar en nuestro plan

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

- A pesar de que nuestra red de proveedores puede cambiar durante el año, Medicare exige que tenga acceso ininterrumpido a médicos y especialistas calificados.
- Le notificaremos que su proveedor dejará nuestro plan para que tenga tiempo de elegir un proveedor nuevo.
    - Si su proveedor de atención primaria o de salud conductual deja de estar en nuestro plan, le notificaremos si ha visitado a ese proveedor en los últimos 3 años.
    - Si alguno de sus otros proveedores deja nuestro plan, le notificaremos si está designado al proveedor, actualmente recibe atención de este o lo ha visitado en los últimos 3 meses.
- Le ayudaremos a elegir un nuevo proveedor calificado dentro de la red para la atención continua.
- Si se está aplicando terapias o tratamientos médicos con su proveedor actual, tiene derecho a solicitar la continuación de las terapias o los tratamientos médicamente necesarios que está recibiendo. Trabajaremos con usted para que pueda continuar recibiendo atención.

- Le proporcionaremos información sobre los períodos de inscripción disponibles y las opciones que tenga para cambiar de plan.
- Cuando un proveedor o beneficio dentro de la red no esté disponible o sea inadecuado para satisfacer sus necesidades médicas, coordinaremos cualquier beneficio cubierto médicamente necesario fuera de nuestra red de proveedores, pero al costo compartido dentro de la red. Se debe obtener autorización del plan antes de buscar atención.
- Si se entera de que su médico o especialista dejará nuestro plan, comuníquese con nosotros para que podamos ayudarlo a elegir 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 de calidad de la atención a la organización para la mejora de la calidad, un reclamo de calidad de la atención a nuestro plan, o ambas opciones (consulte el Capítulo 9).

Sección 2.3 Cómo puede obtener atención de proveedores fuera de la red

Nuestro plan brinda atención mediante una red de médicos, hospitales y otros profesionales médicos disponibles para brindarle atención. Con nuestro beneficio de HMO-POS, puede usar ciertos servicios fuera de la red y:

- Por lo general, necesitará una autorización previa para obtener atención en un centro y, en la mayoría de los casos, su PCP puede ayudarle a obtener la autorización más rápidamente.
- Si decide consultar a un especialista fuera de la red utilizando la opción de POS, usted o su proveedor deben solicitar la aprobación de nuestro plan antes de recibir cualquier servicio que requiera autorización previa. No se requiere una remisión de su PCP para las visitas al especialista, pero se debe enviar un informe de la visita a su PCP.
- Deberá trabajar con su médico para obtener autorización previa antes de recibir servicios para pacientes hospitalizados, cirugías, quimioterapia y algunos otros servicios especializados.

Si elige usar la opción POS fuera de la red, el proveedor fuera de la red debe estar dispuesto a aceptar los términos y las condiciones del pago del plan.

Nunca se requiere una derivación o autorización previa para la atención de emergencia, la atención de urgencia y la diálisis para los miembros con enfermedad renal terminal que están temporalmente fuera del área de servicio, y siempre pagará los costos compartidos de su red en estos casos. Si un proveedor fuera de la red le envía

una factura a usted y usted considera que nosotros deberíamos pagarla, comuníquese con Servicios para los Miembros o envíenosla para que efectuemos el pago. Le pagaremos a su médico nuestra parte de la factura y este puede facturarle el monto que usted adeuda, si corresponde.

Los proveedores fuera de la red que acepten Medicare no pueden facturar más de lo permitido por Original Medicare. Lo mejor es pedirle a un proveedor fuera de la red que nos facture primero, pero si ya ha pagado los servicios cubiertos, le reembolsaremos nuestra parte del costo. (Tenga en cuenta que solo podemos pagar los servicios de emergencia o urgencia proporcionados por un proveedor que haya optado por no participar en el programa Medicare. Consulte con su proveedor antes de recibir servicios para confirmar que no ha optado por excluirse de Medicare). Si determinamos que los servicios no están cubiertos o que no eran médicamente necesarios, podemos negar la cobertura y usted será responsable del costo total.

Cualquier servicio no cubierto al nivel de beneficios dentro de la red no estará cubierto al nivel de beneficios fuera de la red. Consulte el Capítulo 4, Tabla de beneficios médicos, para obtener una lista de los servicios cubiertos que están incluidos en el beneficio de POS (fuera de la red) y su costo compartido cuando lo usa. En las situaciones anteriores, cuando recibe atención de un proveedor fuera de la red en los EE. UU. o sus territorios, es posible que se le pida que pague más que si recibiera la atención de un proveedor de la red.

Sin embargo, es posible que estos proveedores fuera de la red no le “facturen el saldo” por la diferencia entre lo que cobran por los servicios cubiertos por Medicare y lo que el plan les paga, más el monto de su costo compartido. (Consulte la Sección 1.3 del Capítulo 4 para obtener una explicación de la facturación de saldo). Si un proveedor fuera de la red en los

EE. UU. o sus territorios le factura más que el monto de su costo compartido por los servicios cubiertos, envíenos la factura. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener instrucciones sobre cómo solicitarnos que paguemos una factura que recibió).

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

Sección 3.1 Cómo puede 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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada,

la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad, o la pérdida o deterioro grave de una función corporal. Los síntomas médicos pueden ser una enfermedad, lesión, dolor intenso o afección que se agrava rápidamente.

Si tiene una emergencia médica:

- **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 derivación del PCP. No necesita usar un médico 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, así como cobertura de atención de emergencia y urgencia en todo el mundo y de cualquier proveedor con una licencia estatal apropiada incluso si no forman parte de nuestra red.

- **Tan pronto como sea posible, asegúrese de avisar a nuestro plan acerca de la emergencia.** Necesitamos hacer el seguimiento de la atención de emergencia que reciba. Usted u otra persona deberán llamarnos para informarnos sobre su atención de emergencia, generalmente, en un plazo de 48 horas. Llámenos al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para que podamos ayudarle.

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 durante la emergencia.

Los médicos 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. Sus médicos continuarán tratándolo hasta que se comuniquen con nosotros y hagan planes para que reciba atención adicional. Nuestro 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 médico 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 médico diga que no era una emergencia, cubriremos la atención adicional *solo* si la recibe de alguna de estas 3 formas:

- Usted 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 normas para obtener esta atención de urgencia.
- Usted recibe atención médica adicional cubierta bajo nuestra opción de Punto de Servicio (POS, por sus siglas en inglés) y sigue los requisitos aplicables del plan.

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

Un servicio que requiere atención médica inmediata (pero que no es una emergencia) es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias, obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Sin embargo, las consultas de rutina médicamente necesarias, como los chequeos anuales, no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

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

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

- Nuestro plan cubre la atención de urgencia y los servicios de emergencia cuando viaja fuera de los Estados Unidos durante hasta seis meses. Este beneficio tiene un límite del plan definido por año y se aplica el costo compartido.
- Nuestro plan cubre la atención de urgencia y los servicios de transporte de emergencia al centro médico más cercano cuando viaja fuera de los Estados Unidos durante hasta seis meses.

- Si viaja fuera de los Estados Unidos durante hasta 6 meses y tiene una emergencia médica, busque tratamiento en el centro más cercano que pueda brindarle la atención que necesita.
- Los hospitales extranjeros no están obligados a presentar reclamaciones de Medicare por sus costos médicos de viaje. Debe pagar los servicios y solicitar una copia de una factura detallada y sus registros médicos. Obtener un recibo del pago que hace.
- Deberá enviar un formulario de reembolso para miembros junto con una factura detallada a Gold Kidney Health Plan por su médico, atención para pacientes hospitalizados o atención de urgencia, y servicios de ambulancia si se aplican, y le reembolsaremos los servicios médicamente necesarios incurridos hasta el límite de beneficios para su viaje a todo el mundo.

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 la atención mediante nuestro plan.

Consulte www.goldkidney.com para obtener información sobre cómo obtener la atención necesaria durante un desastre.

Si no puede consultar con un proveedor de la red durante un desastre, nuestro plan le permitirá obtener atención médica de proveedores fuera de la red al costo compartido dentro de la red. Si, durante un desastre, no puede utilizar una farmacia de la red, puede obtener sus medicamentos con receta en una farmacia fuera de la red. Vaya a la Sección 2.4 del Capítulo 5.

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

Si pagó más que el costo compartido de nuestro plan por los servicios cubiertos o si recibe una factura por el costo total de los servicios médicos cubiertos, puede solicitarnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios cubiertos. Consulte el Capítulo 7 para obtener información sobre qué hacer.

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

Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) cubre los servicios médicamente necesarios tal como se detallan en la Tabla de Beneficios Médicos en el Capítulo 4. Si recibe servicios que no están cubiertos o recibe servicios fuera de la red que no cumplen con las reglas de nuestra opción de POS u otra excepción de cobertura, usted será responsable de

pagar el costo total de los mismos. Siga todos los requisitos aplicables de autorización previa descritos en el Capítulo 4.

Para los servicios cubiertos que tienen una limitación para los beneficios, usted paga el costo total de cualquier servicio que reciba después de haber utilizado la totalidad del beneficio para ese tipo de servicio cubierto. El pago de los costos una vez que se ha alcanzado un límite de beneficios no cuenta para el máximo de gastos de bolsillo. Puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) cuando desee saber cuánto ha utilizado del límite de su beneficio.

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 médicos y científicos de probar nuevos tipos de atención médica, por ejemplo, para averiguar la eficacia de un nuevo medicamento contra el cáncer. Ciertos estudios de investigación clínica están aprobados por Medicare. Los estudios de investigación clínica aprobados por Medicare normalmente solicitan voluntarios para participar en el estudio. Mientras participa 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) mediante nuestro plan.

Si participa en un estudio aprobado por Medicare, Original Medicare paga la mayor parte de los costos por los servicios cubiertos que reciba usted como parte del estudio. Si nos dice que participa en un ensayo clínico calificado, entonces solo es responsable del costo compartido dentro de la red por los servicios en ese ensayo. Si pagó más, por ejemplo, si ya pagó el monto del costo compartido de Original Medicare, le reembolsaremos la diferencia entre lo que pagó y el costo compartido dentro de la red. Deberá proporcionar documentación que nos muestre cuánto pagó.

Si quiere participar en cualquier estudio de investigación clínica aprobado por Medicare, no es necesario que nos avise ni que obtenga la aprobación de su PCP o de nosotros. No es necesario que los proveedores que le brindan atención como parte del estudio de investigación clínica formen parte de la red de proveedores de nuestro 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 cobertura con estudios de desarrollo de evidencia (NCD-CED) y exención de dispositivos en investigación (IDE). Estos beneficios también pueden estar sujetos a autorización previa y otras reglas del plan).

Aunque no es necesario que obtenga la autorización de nuestro plan para participar en un estudio de investigación clínica, le recomendamos que nos notifique por adelantado cuando elija participar en ensayos clínicos calificados por Medicare.

Si participa en un estudio no aprobado por Medicare, 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:

- Habitación y comida en un hospital que Medicare pagaría incluso si 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.

Después de que Medicare pague su parte del costo por estos servicios, nuestro plan pagará la diferencia entre el costo compartido de los gastos 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 recibe como parte del estudio igual que si recibiera estos servicios de nuestro plan. Sin embargo, debe presentar documentación que muestre cuánto pagó del costo compartido. Para obtener información sobre cómo enviar solicitudes de pago, consulte el Capítulo 7.

> *Ejemplo de costo compartido en un ensayo clínico:* Digamos 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 los $20 de copago requeridos por Original Medicare. Luego, notificaría a nuestro plan que recibió un servicio de ensayo clínico calificado y enviaría documentación, (como una factura del proveedor), a nuestro plan. Nuestro plan entonces le pagaría directamente $10. Su pago neto para el análisis es de $10, es el mismo monto que pagaría según los beneficios de nuestro plan.

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

- Por lo general, Medicare no pagará los nuevos productos o servicios que se

estén evaluando en el estudio, a menos que Medicare cubra dicho producto o servicio incluso si usted no participara en un estudio.

- Los productos o servicios que se proporcionen solo para recabar datos y que no se utilicen en su atención médica directa. Por ejemplo, Medicare no cubrirá las tomografías computarizadas mensuales que se efectúen como parte de un estudio si su afección normalmente requiriese una sola tomografía computarizada.
- Los artículos y servicios que brindan los patrocinadores de la investigación son gratuitos para cualquier persona en el ensayo.

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica

Obtenga más información sobre cómo participar en un estudio de investigación clínica en la publicación *Medicare y los estudios de investigación clínica* de Medicare, disponible en 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 no médica

Sección 6.1 Una institución religiosa de atención no médica

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

Sección 6.2 ¿Cómo recibir atención de una institución religiosa de atención no médica?

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

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

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

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

- La institución que brinde atención debe estar certificada por Medicare.
- Nuestro plan solo cubre 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 hospitalaria para pacientes internados en un hospital o en un centro de atención de enfermería especializada.
  - - *y* - debe obtener la aprobación de nuestro plan por adelantado antes de que lo ingresen en el centro, porque de lo contrario, su estadía no estará cubierta.

Se aplican restricciones respecto de la cobertura de Medicare para pacientes hospitalizados; consulte las filas de Beneficios para pacientes hospitalizados en la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4 para obtener información más detallada.

SECCIÓN 7 Normas para la posesión de equipo médico duradero

Sección 7.1 Puede quedarse con cierto equipo médico duradero después de haber efectuado cierta cantidad de pagos dentro de nuestro plan

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

En Original Medicare, quienes alquilan ciertos tipos de DME pueden quedarse con el equipo después de pagar el copago del artículo durante 13 meses. **Como miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), no tendrá posesión de los artículos de DME alquilados, independientemente de la cantidad de copagos que haya efectuado por el artículo siendo miembro de nuestro plan.** No tendrá posesión incluso si hizo hasta 12 pagos consecutivos por el artículo de DME en virtud de Original Medicare antes de inscribirse en nuestro plan.

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

Si no obtuvo la propiedad del DME mientras estuvo en nuestro plan, deberá efectuar 13 nuevos pagos consecutivos después de que cambie a Original Medicare para adquirir la propiedad del artículo de DME. Los pagos que hizo mientras estaba inscrito en nuestro plan no cuentan para estos 13 pagos.

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

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

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

Si califica para la cobertura de equipos de oxígeno de Medicare, Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) v:

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

Si se va de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) o ya no necesita médicamente equipo de oxígeno, entonces debe devolver el equipo de oxígeno.

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

Original Medicare requiere que un proveedor de oxígeno le brinde servicios durante 5 años. Durante los primeros 36 meses alquila el equipo. Los 24 meses restantes, el proveedor proporciona el equipo y el mantenimiento (usted sigue siendo responsable del costo compartido aplicable para el oxígeno). Después de 5 años, puede optar por permanecer con la misma empresa o irse a otra empresa. En este punto, el ciclo de 5 años comienza nuevamente, incluso si permanece en la misma empresa, lo que requiere que

pague copagos durante los primeros 36 meses. Si se une o deja nuestro plan, el ciclo de 5 años comienza de nuevo.

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 sus servicios cubiertos y muestra cuánto paga por cada servicio cubierto como miembro de Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP). Esta sección también brinda información sobre los servicios médicos que no están cubiertos y explica los límites en ciertos servicios.

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos

Los tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los servicios cubiertos incluyen:

- **Deducible:** Es el monto que debe pagar por los servicios médicos antes de que nuestro plan comience a pagar la parte que le corresponde. (La Sección 1.2 brinda más información acerca de nuestros deducibles para ciertas categorías de servicios) (La Sección 1.3 le brinda más información sobre nuestros deducibles para ciertas categorías de servicios).
- **Copago:** Es el monto fijo que 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:** Es el 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 su coseguro).

La mayoría de las personas que reúne los requisitos para Medicaid o para el programa Beneficiario calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) no paga deducibles, copagos ni coseguros. Si está en uno de estos programas, asegúrese de mostrar su prueba de elegibilidad para Medicaid o QMB a su proveedor.

Sección 1.2 Deducible de nuestro plan

Su deducible médico anual es el deducible de la Parte B definido por Medicare. El monto para 2026 es de $283 y podría cambiar para 2027. Este deducible se aplica a los servicios correspondientes dentro y fuera de la red. Hasta que haya pagado el monto del deducible, deberá pagar el costo total por los servicios cubiertos. Una vez que haya pagado el deducible, comenzaremos a pagar la parte que nos corresponde de los costos de los servicios médicos cubiertos y usted pagará su parte (su copago o el monto del coseguro) durante el resto del año calendario.

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

- Atención hospitalaria para pacientes internados
- Servicios para pacientes internados en un hospital psiquiátrico
- Instalación de enfermería especializada
- Servicios de emergencia
- Servicios de urgencia
- Servicios de salud en el hogar cubiertos por Medicare dentro de la red
- Insulina suministrada a través de una bomba de insulina o dispositivo similar
- Servicios preventivos cubiertos por Medicare
- Beneficios suplementarios no cubiertos por Medicare

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

Nuestro deducible médico anual no se aplica a la atención hospitalaria para pacientes internados, la atención en hospitales psiquiátricos para pacientes internados ni a la atención en instalaciones de enfermería especializada. Se aplica un deducible por separado a las estadías cubiertas fuera de la red para pacientes internados en hospitales generales y hospitales psiquiátricos. Estos dos tipos de estadías comparten el mismo deducible para pacientes internados para cada período de beneficio. Consulte la Tabla de Beneficios Médicos para conocer el deducible aplicable y el costo compartido diario.

Sección 1.4 ¿Cuál es el máximo que pagará por los servicios médicos cubiertos?

Los planes Medicare Advantage tienen límites en el monto total que tiene que pagar de su bolsillo cada año por los servicios médicos dentro de la red cubiertos por nuestro plan. Este límite se denomina el monto máximo que paga de su bolsillo (MOOP) por servicios médicos. **Pare el año calendario 2027, el monto del MOOP es de $9,750.** Nuestro plan no tiene un límite máximo de gastos de su propio bolsillo para los servicios recibidos bajo la opción de POS.

Los montos que usted paga por los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos dentro de la red se tienen en cuenta para el monto máximo que paga de su bolsillo. Los montos que usted paga por las primas del plan, los medicamentos de la Parte D, los beneficios suplementarios no cubiertos por Medicare y los servicios recibidos bajo la opción de POS no cuentan para este monto máximo que paga de su bolsillo dentro de la red. Además, los montos que usted paga por algunos servicios no cuentan para su monto máximo que paga de su bolsillo. Estos servicios están marcados con un asterisco en la Tabla de beneficios médicos. Si alcanza el monto máximo de su bolsillo de $9,750, no tendrá que pagar ningún costo de su bolsillo durante el resto del año por los servicios cubiertos dentro de la red. Sin embargo, debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare (a menos que Medicaid o un tercero paguen su prima de la Parte B por usted).

Sección 1.5 Los proveedores no tienen permitido facturarle el saldo restante

Como miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), usted tiene una protección importante porque, después de que alcanza los deducibles, 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 por separado, lo que se denomina **facturación de saldo**. 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 saldo:

- Si su costo compartido es un copago (una cantidad determinada de dinero, por ejemplo, $15.00), entonces 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), entonces nunca paga más que ese porcentaje. Sin embargo, su costo depende del tipo de proveedor:
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor de la red, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de reembolso de nuestro plan (esto está estipulado en el contrato entre el proveedor y nuestro plan).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que participa con Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de pago de Medicare para los proveedores participantes. (Recuerde que nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación o en el caso de servicios de urgencia o emergencia).
    - Si obtiene servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red que no participa en Medicare, usted paga el porcentaje del coseguro multiplicado por la tasa de

pago de Medicare para los proveedores no participantes. (Nuestro plan cubre servicios de proveedores fuera de la red solo en ciertas situaciones, por ejemplo, cuando tiene una derivación, en el caso de emergencias o fuera del área de servicio para recibir servicios de urgencia).

- Si cree que un proveedor le ha facturado el saldo, llame a Servicios para los Miembros al 844 294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

En las siguientes páginas, en la Tabla de beneficios médicos se enumeran los servicios que cubre Gold Dialysis & Kidney Complete (HMO-POS C-SNP) y lo que debe pagar de su bolsillo por cada servicio (la cobertura de medicamentos de la Parte D se encuentra en el Capítulo 5). Los servicios descritos en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo cuando se cumple con lo siguiente:

- Los servicios cubiertos por Medicare deben brindarse de conformidad con las pautas de cobertura establecidas por Medicare.
- Sus servicios (incluida la atención médica, los servicios, los suministros, los equipos y los medicamentos con receta de la Parte B) deben ser médicamente necesarios. Médicamente necesario significa que los medicamentos, servicios o suministros 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 inscritos, su plan de atención coordinada de Medicare Advantage (MA) debe brindar un período de transición de 90 días como mínimo, durante el cual el nuevo plan de MA no puede requerir autorización previa para cualquier curso activo del tratamiento, incluso si el curso del tratamiento fue para un servicio que inició con un proveedor fuera de la red.
- Algunos servicios mencionados en la Tabla de beneficios médicos están cubiertos solo si el médico o los demás proveedores de la red obtienen nuestra aprobación por adelantado (esto suele denominarse autorización previa). Los servicios que pueden requerir autorización previa se identifican en la Tabla de Beneficios Médicos.
- Si su plan de atención coordinada proporciona la aprobación de una solicitud de autorización previa para un tratamiento, la aprobación debe ser válida durante el tiempo que sea médicamente razonable y necesaria para evitar perturbaciones en la atención de conformidad con los criterios de cobertura aplicables, su historial médico y la recomendación del proveedor que atiende.
- Es posible que también le cobremos cargos administrativos por faltar a una consulta o por no pagar el costo compartido requerido al momento del servicio. Llame a

Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas sobre estos cargos administrativos.

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 y Usted 2027*. También puede consultarlo en línea en Medicare.gov o solicitar una copia al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.)
- Para los servicios preventivos que están cubiertos sin costo por Original Medicare, nosotros también cubrimos dichos servicios sin costo para usted cuando utiliza proveedores de la red. Para los servicios recibidos a través de la opción de POS, consulte la Tabla de Beneficios Médicos para conocer el costo compartido aplicable, incluidas las vacunas cubiertas sin costo fuera de la red. 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, se aplicará el costo compartido correspondiente por la atención recibida por la afección existente.
- Si Medicare agrega cobertura para cualquier servicio nuevo durante el año 2027, Medicare o nuestro plan cubrirán esos servicios.
- Si usted se encuentra dentro del período de 6 meses de elegibilidad continúa considerada de nuestro plan, continuaremos brindándole todos los beneficios cubiertos por el plan y sus montos de costos compartidos no cambiarán durante este período.

Información importante sobre beneficios para personas inscritas con ciertas afecciones crónicas

- Si le diagnostican alguna de las siguientes afecciones crónicas y usted cumple determinados criterios, puede ser elegible para beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas.
    - Trastornos cardiovasculares; Insuficiencia cardíaca crónica; Diabetes mellitus.
    - Los beneficios solo están disponibles mediante proveedores y redes aprobados. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6835 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar para qué beneficios puede calificar.
    - Para calificar, los miembros deben unirse a nuestro Programa de administración de casos y seguir actividades de atención específicas. No todos los miembros son elegibles.

- Para obtener más detalles, observe la fila *Beneficios complementarios especiales para quienes tienen enfermedades crónicas* en la Tabla de beneficios médicos más abajo.

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

Tabla de beneficios médicos

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	**Punto de Servicio (POS)**
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 derivación de parte de su médico, asistente médico **(PA)**, enfermero practicante **(NP)** o especialista en enfermería clínica **(CNS)**.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para esta prueba de detección preventiva.	30 % de coseguro para este examen preventivo.
Acupuntura para dolor crónico en la parte baja de la espalda 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 crónico en la parte baja de la espalda se define según los siguientes términos: • Dura 12 semanas o más • No es específico, en el sentido de que no tiene una causa sistémica identificable (es	20 % de coseguro por las consultas cubiertas por Medicare.	30 % de coseguro por las consultas cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
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 aquellos 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 del proveedor de acupuntura:** Los médicos pueden brindar sesiones de acupuntura de conformidad con los requisitos estatales vigentes. Los asistentes médicos (physician assistant, PA), enfermeros practicantes (nurse practitioner, NP)/especialistas en enfermería clínica (Clinical Nurse Specialists, CNS), y el personal auxiliar pueden brindar sesiones de acupuntura si cumplen con todos los requisitos estatales vigentes y tienen: • Un máster o doctorado en Acupuntura o en Medicina Oriental de una escuela acreditada por la Comisión de Acreditación de Acupuntura y Medicina Oriental (Accreditation Commission on		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM); y • Una licencia vigente, completa, activa y sin restricciones para la práctica de acupuntura en un estado, territorio o Mancomunidad (es decir, Puerto Rico) de los Estados Unidos o el Distrito de Columbia. El personal auxiliar que brinda sesiones de acupuntura debe estar debidamente supervisado por un médico, PA o NP/CNS según lo requieren nuestras reglamentaciones.		
Acupuntura (beneficio de rutina) El beneficio incluye lo siguiente: • 12 consultas por año	20 % de coseguro para cada consulta de rutina.*	Sin cobertura.
Servicios de ambulancia Los servicios de ambulancia cubiertos, ya sea para una situación de emergencia o que no sea de emergencia, incluyen servicios de ambulancia terrestre y aérea con aeronaves de ala fija o rotatoria hasta el centro apropiado más cercano que puede brindar atención si se trata de un miembro cuya afección es tal que cualquier otro medio de transporte podría poner en peligro su salud o si está autorizado por nuestro plan. Si los servicios de ambulancia no están cubiertos para una situación de emergencia, se debe documentar que	20 % de coseguro por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. 20 % de coseguro por cada servicio de ambulancia aéreo cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.	30 % de coseguro por cada servicio de ambulancia terrestre cubierto por Medicare. 30 % de coseguro por cada servicio de ambulancia aéreo cubierto por Medicare. El costo compartido se aplica a cada viaje de ida.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
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. Los servicios de ambulancia de emergencia cubiertos que sean brindados por un proveedor fuera de la red están cubiertos al monto de costo compartido dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de ambulancia terrestre de Medicare que no sean de emergencia. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de ambulancia aérea de Medicare que no sean de emergencia.		
Examen físico anual Un chequeo de rutina con un proveedor de atención médica para evaluar su salud general y detectar cualquier posible problema de manera temprana. Este examen puede incluir lo siguiente: • Revisión de antecedentes médicos • Control de signos vitales • Examen físico • Exámenes de detección y pruebas • Asesoramiento de salud • Plan de seguimiento, incluidas las derivaciones	$0 de copago por un examen físico anual.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
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. Está cubierta una vez cada 12 meses. **Nota:** Su primera consulta anual de bienestar no puede efectuarse dentro de los 12 meses de su consulta preventiva de *Bienvenido a Medicare*. Sin embargo, no necesita haber efectuado una consulta de *Bienvenido a Medicare* para tener cobertura para las consultas anuales de bienestar después de haber tenido la Parte B por 12 meses.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para consultas anuales de bienestar.	30 % de coseguro para la consulta anual de bienestar.
Medición de la masa ósea Para las personas que reúnan los requisitos (generalmente, personas en riesgo de pérdida de la masa ósea o de osteoporosis), están cubiertos los siguientes servicios cada 24 meses o con mayor frecuencia si se considera médicamente necesario: Procedimientos para identificar masa ósea, detectar la pérdida ósea o determinar la calidad ósea, lo que incluye la interpretación médica de los resultados.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la medición de la masa ósea cubierta por Medicare.	30 % de coseguro para mediciones de la masa ósea cubiertas por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
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 mayores de 40 años • Exámenes clínicos de mamas una vez cada 24 meses	No se requiere coseguro, copago ni deducible para mamografías de detección cubiertas.	30 % de coseguro para mamografías de detección cubiertas.
Servicios de rehabilitación cardíaca Programas integrales de servicios de rehabilitación cardíaca que incluyen ejercicios, educación y asesoramiento que están cubiertos para miembros que cumplen con determinadas condiciones con una indicación del médico. Nuestro plan cubre estos programas integrales si usted ha tenido al menos una de estas afecciones: • Ataque cardíaco en los últimos 12 meses • Cirugía de derivación del injerto de arteria coronaria • Angina de pecho estable (dolor de pecho) • Reparación o reemplazo de válvulas cardíacas • Angioplastia coronaria (un procedimiento médico utilizado para abrir una arteria bloqueada) o la colocación de	20 % de coseguro por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.	30 % de coseguro por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta de servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
un stent coronario (un procedimiento utilizado para mantener una arteria abierta) • Trasplante de corazón o de corazón y pulmón • Insuficiencia cardíaca crónica estable Limitaciones de la cobertura: Usted 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 cumple con los requisitos, es posible que pueda recibir 36 sesiones más que pueden distribuirse durante un período de tiempo más largo. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca cubiertos por Medicare. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rehabilitación cardíaca intensiva cubiertos por Medicare.		
Consulta para disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (terapia para las enfermedades cardiovasculares) Cubrimos una consulta por año con su médico de atención primaria para ayudarlo a disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio preventivo para la terapia conductual intensiva de enfermedades cardiovasculares.	30 % de coseguro por el beneficio preventivo de terapia conductual intensiva para enfermedades cardiovasculares cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Durante esta consulta, su médico puede analizar el uso de aspirina (si corresponde), medir su presión arterial y brindarle consejos para asegurarse de que usted esté comiendo sano.		
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.	30 % de coseguro por pruebas de detección de enfermedades cardiovasculares cubiertas por Medicare que están cubiertas 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 Papanicolau y exámenes pélvicos una vez cada 24 meses para todas las mujeres • Una prueba de Papanicolau cada 12 meses si tiene un riesgo alto de padecer cáncer de cuello uterino o de vagina, o si está en edad fértil y ha tenido una prueba de Papanicolau anormal 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.	30 % de coseguro por exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou preventivos cubiertos por Medicare.
Servicios de quiropráctica Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente:	20 % de coseguro por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de	30 % de coseguro por cada consulta quiropráctica cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	**Punto de Servicio (POS)**
• Manipulación manual de la columna vertebral para corregir una subluxación vertebral • Servicios quiroprácticos de rutina: 12 consultas por año	servicios quiroprácticos de rutina. *	Los servicios quiroprácticos de rutina no están cubiertos.
Servicios de tratamiento y manejo del dolor crónico Servicios mensuales cubiertos para personas que viven con dolor crónico (dolor persistente o recurrente que dura más de 3 meses). Los servicios pueden incluir evaluación del dolor, manejo de medicamentos y coordinación y planificación de la atención.	El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.	El costo compartido para este servicio variará según los servicios individuales prestados en el transcurso del tratamiento.
Prueba de detección de cáncer colorrectal Están cubiertos las siguientes pruebas de detección: • La colonoscopia no tiene límite de edad mínimo ni máximo y está cubierta una vez cada 120 meses (10 años) para pacientes que no tienen alto riesgo, o 48 meses después de una sigmoidoscopia flexible previa para pacientes que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, y una vez cada 24 meses para los pacientes de alto riesgo después de una colonoscopia de detección previa. • Colonografía por tomografía computarizada para pacientes	No se requiere coseguro, copago ni deducible para una prueba de detección de cáncer colorrectal cubierta por Medicare. Si su médico encuentra y retira un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o sigmoidoscopia flexible, la prueba de detección se convierte en una prueba de diagnóstico **Colonoscopia diagnóstica: hospital para pacientes ambulatorios**	30 % de coseguro por un examen de detección de cáncer colorrectal cubierto por Medicare. Si su médico encuentra y extirpa un pólipo u otro tejido durante la colonoscopia o la sigmoidoscopia flexible, el examen de detección se convierte en un examen diagnóstico. **Colonoscopia diagnóstica: hospital para pacientes ambulatorios**

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	**Punto de Servicio (POS)**
mayores de 45 años que no tienen alto riesgo de padecer cáncer colorrectal y está cubierta cuando han pasado al menos 59 meses después del mes en que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o han pasado 47 meses después del mes en que se hizo la última sigmoidoscopia flexible de detección o colonoscopia de detección. En el caso de los pacientes con alto riesgo de padecer cáncer colorrectal, cobertura de una colonografía por tomografía computarizada de detección hecha después de que hayan pasado al menos 23 meses después del mes en el que se hizo la última colonografía por tomografía computarizada de detección o la última colonoscopia de detección. • Sigmoidoscopia flexible para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 120 meses para los pacientes que no tienen alto riesgo después de que el paciente recibió una colonoscopia de detección. Una vez cada 48 meses para los pacientes de alto riesgo a partir de la última sigmoidoscopia flexible o colonografía por tomografía computarizada. • Análisis de sangre oculta en materia fecal para pacientes mayores de 45 años. Una vez cada 12 meses.	20 % de coseguro **Colonoscopia diagnóstica: centro independiente** 20 % de coseguro	30 % de coseguro **Colonoscopia diagnóstica: centro independiente** 30 % de coseguro

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
• ADN de heces de múltiples cadenas para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen con los criterios de alto riesgo. Una vez cada 3 años. • Análisis de biomarcador en sangre para pacientes de 45 a 85 años y que no cumplen 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 que una prueba de detección de cáncer colorrectal con heces no invasiva cubierta por Medicare dé un resultado positivo. • Las pruebas de detección de cáncer colorrectal incluyen una sigmoidoscopia flexible o colonoscopia de detección planificada que implica la extracción de tejido u otra materia, u otro procedimiento proporcionado en relación con, como resultado de, y en el mismo encuentro clínico que la prueba de detección.		
Servicios dentales En general, los servicios dentales preventivos (como limpiezas, exámenes de rutina y radiografías dentales) no están cubiertos por Original Medicare. Sin embargo, Medicare paga los servicios dentales	$0 de copago por servicios dentales cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por servicios dentales cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
en una cantidad limitada de circunstancias, concretamente cuando ese servicio es parte integral del tratamiento específico de la afección primaria de la persona. Algunos ejemplos incluyen reconstrucción de la mandíbula después de una fractura o lesión, extracciones de dientes efectuadas en preparación para el tratamiento de radiación para el cáncer de mandíbula o exámenes orales previos a un trasplante de órgano.		
Los beneficios adicionales incluyen:		
Monto máximo de cobertura del plan de $4,000 cada año para todos los servicios dentales preventivos e integrales.		
Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red de FCL Dental. Consulte detalles disponibles en www.FCLDental.com o llame al (833)-622-5890 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)		
La tabla de detalles adicionales y códigos dentales se encuentra disponible al final de esta sección.		
Servicios dentales preventivos: •4 exámenes bucales por año •2 limpiezas por año •2 tratamientos con flúor por año •3 radiografías por año •2 consultas por año para otros servicios dentales preventivos	$0 de copago para exámenes dentales preventivos.* $0 de copago por cada limpieza.* $0 de copago por cada tratamiento con flúor.* $0 de copago para radiografías.*	Los servicios dentales preventivos no están cubiertos.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Usted es responsable de todos los costos que superen el monto del beneficio combinado.	$0 de copago para otros servicios dentales preventivos.*	
Servicios dentales integrales: • Servicios de restauración: 4 consultas por año. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios dentales de restauración no cubiertos por Medicare. • Servicios de endodoncia: 2 consultas por año. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de atención de endodoncia no cubiertos por Medicare. • Servicios de periodoncia: 2 consultas por año. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de periodoncia no cubiertos por Medicare. • Servicios de cirugía bucal y maxilofacial: 3 consultas por año. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de cirugía bucal y maxilofacial no cubiertos por Medicare. • Servicios generales complementarios: 5 consultas por año. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios generales complementarios no cubiertos por Medicare.	$0 de copago para servicios de restauración.* $0 de copago para servicios de endodoncia.* $0 de copago para servicios de periodoncia.* $0 de copago para servicios de cirugía bucal y maxilofacial.* $0 de copago por servicios generales adjuntos.*	Los servicios dentales integrales no están cubiertos.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Prueba de detección de depresión Cubrimos un examen de detección de depresión por año. La prueba de detección debe efectuarse en un establecimiento de atención primaria que pueda brindar derivaciones o tratamiento de seguimiento.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta anual de detección de depresión.	30 % de coseguro por una consulta anual de detección de depresión.
Prueba de detección de diabetes Cubrimos esta prueba de detección (incluidas pruebas rápidas de glucosa) si tiene alguno de estos factores de riesgo como presión arterial alta (hipertensión), niveles históricos anormales de triglicéridos y colesterol (dislipidemia), obesidad o historial de niveles elevados de azúcar en sangre (glucosa). Los exámenes también pueden ser cubiertos si cumple con otros requisitos, como tener sobrepeso y tener antecedentes familiares de diabetes. Es posible que sea elegible para efectuarse hasta 2 pruebas de detección de diabetes cada 12 meses después de la fecha de su prueba de detección de diabetes más reciente.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.	30 % de coseguro por las pruebas de detección de diabetes cubiertas por Medicare.
Capacitación para el autocontrol de la diabetes, servicios y suministros para pacientes diabéticos	$0 de copago por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por suministros para el control de la diabetes cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Para todas las personas que padecen diabetes (ya sea que usen insulina o no) los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Suministros para controlar su 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 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) incluido el ajuste. • La capacitación para el automanejo de la diabetes está cubierta bajo ciertas condiciones • Los monitores continuos de glucosa (CGM, por sus siglas en inglés) están disponibles a través del beneficio de farmacia del plan para los miembros elegibles. Los CGM preferidos que se obtengan a través de las farmacias de la red participantes están cubiertos de acuerdo con las pautas del plan. Los	20 % de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. $0 de copago por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. $0 de copago por monitores de diabetes cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por plantillas o zapatos terapéuticos para diabéticos cubiertos por Medicare. 30 % de coseguro por servicios de capacitación para el autocontrol de la diabetes cubiertos por Medicare. 30 % de coseguro por monitores diabéticos cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
CGM no preferidos o los CGM obtenidos a través de proveedores fuera de la red pueden requerir autorización previa. La cobertura está sujeta a necesidad médica, criterios de elegibilidad y a los requisitos aplicables del plan Es posible que se requiera autorización previa para los monitores de diabetes.		
Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME) y suministros relacionados (Para obtener una definición de equipo médico duradero, consulte el Capítulo 12 y el Capítulo 3.) 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. Cubrimos todo el DME que sea médicamente necesario cubierto por Original Medicare. Si nuestro proveedor en su área no trabaja con una marca o un fabricante en particular, puede solicitarle que le haga un pedido especial para usted. La lista más actualizada de proveedores está	20 % de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es 20 % de coseguro, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.	30 % de coseguro por equipo médico duradero cubierto por Medicare. Su costo compartido para la cobertura de Medicare del equipo de oxígeno es 30 % de coseguro, cada mes. Su costo compartido no cambiará después de estar inscrito durante 36 meses.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
disponible en nuestro sitio web en www.goldkidney.com. Es posible que se requiera autorización previa para el equipo médico duradero.		
Atención de emergencia La atención de emergencia hace referencia a los servicios con estas características: • Son brindados 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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), una extremidad o la función de una extremidad. 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 los mismos servicios que obtiene dentro de la red. La atención de emergencia está cubierta en todo el mundo. Consulte	20% de coseguro, hasta un máximo de $115 por cada visita a la sala de emergencias cubierta por Medicare. El costo compartido de ER se exonera si es admitido al hospital dentro de las 24 horas por la misma afección. Después de que su afección de emergencia se haya estabilizado, su proveedor tratante y nuestro plan coordinarán cualquier atención posterior que necesite. Es posible que coordinemos su traslado a un hospital de la red cuando el médico tratante determine que puede ser trasladado de manera segura. La atención post estabilización cubierta se brinda con el costo compartido dentro de la red.	

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
la fila **Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo** para obtener más detalles.		
Programas educativos sobre salud y bienestar		
Beneficio de acondicionamiento físico • Se incluye membresía de gimnasio para los centros participantes dentro de la red de proveedores del plan. • Los miembros también pueden seleccionar un (1) kit de acondicionamiento físico para el hogar por año de beneficios sin costo alguno. Las opciones de kits incluyen opciones de fuerza (tubo de resistencia), tonificación (bola de pilates), yoga (colchoneta de yoga), cuidado personal (rodillo de espuma) o caminata (podómetro). • Los kits de acondicionamiento físico para el hogar están sujetos a cambios y disponibilidad, prácticas comerciales y otros factores.	$0 de copago por el beneficio de acondicionamiento físico.*	Sin cobertura.
Educación sobre la salud Cubrimos recursos de educación sobre la salud para ayudarlo a comprender su salud, apoyar los hábitos saludables y aprender sobre el manejo de las afecciones médicas. Comuníquese con	$0 de copago por educación sobre la salud.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Servicios para Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre los recursos disponibles a través de nuestro plan y cómo acceder a ellos. No se requiere autorización previa ni remisión.		
Servicios de audición Las evaluaciones de audición de diagnóstico y las relacionadas con el equilibrio efectuadas por su proveedor para determinar si necesita tratamiento médico se cubren como atención para pacientes ambulatorios cuando las recibe de un médico, un audiólogo u otro proveedor calificado.	$0 de copago por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y relacionados con el equilibrio.	30 % de coseguro por cada examen cubierto por Medicare para diagnosticar y tratar problemas de audición y relacionados con el equilibrio.
Los beneficios adicionales incluyen: Monto máximo de cobertura del plan de $1,500 cada año para exámenes de audición de rutina. Este monto se combina con el beneficio de audífonos con receta. Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red de TruHearing. Los detalles están disponibles en www.TruHearing.com o llamando al 833-622-6989. • Exámenes de la audición de rutina: 1 examen por año • Ajuste y evaluación de audífonos: Consultas ilimitadas por año • Audífonos recetados, todos los tipos: 1 audífono por oído, por	$0 de copago por examen de la audición de rutina* $0 de copago por cada consulta de evaluación o ajuste de audífonos.* $0 de copago por audífonos recetados, todos los tipos.*	Los exámenes de la audición de rutina no están cubiertos. Las consultas de evaluación o ajuste de audífonos no están cubiertas. El beneficio de audífonos recetados no está cubierto.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
año • Los audífonos comprados a través de este beneficio incluyen un período de servicio de 3 años, el cual puede incluir adaptaciones, ajustes y mantenimiento de rutina. • Garantía extendida de 3 años • Suministro de baterías para 2 años por audífono para los modelos no recargables.		
Prueba de detección de VIH Para personas que solicitan una prueba de detección de VIH o que están en mayor riesgo de infección por el VIH, cubrimos lo siguiente: • Una prueba de detección cada 12 meses Si 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.	30 % de coseguro por exámenes preventivos de detección del VIH cubiertos por Medicare.
Agencia de atención médica a domicilio Antes de recibir los servicios de atención médica a domicilio, un médico debe certificar que usted necesita servicios médicos a domicilio y solicitará que una agencia de atención médica a domicilio le brinde estos servicios. El requisito es que usted no pueda salir de su casa, lo que significa que hacerlo implica un gran esfuerzo.	$0 de copago por servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por servicios de atención médica a domicilio cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios de enfermería especializada o los servicios de un auxiliar de atención de la salud a domicilio en forma intermitente o de medio tiempo (para que se los cubra en función del beneficio de atención médica a domicilio, los servicios de atención 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 • Equipos y suministros médicos		
Tratamiento de infusión en el hogar El tratamiento de infusión en el hogar implica la administración intravenosa o subcutánea de medicamentos o productos biológicos a una persona en su hogar. Los componentes necesarios para efectuar una infusión en el hogar incluyen el medicamento (por ejemplo, antivíricos, inmunoglobulinas), el equipo (por ejemplo, una bomba) y los suministros (por ejemplo, sondas y catéteres). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes:	Del 0 % al 20 % de coseguro por servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare. El coseguro mínimo es para tener en cuenta el rango de posibles coseguros para reembolsos de medicamentos de la Parte B que alcanzan el límite del costo de inflación.	30 % de coseguro por servicios de tratamiento de infusión en el hogar cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
• Servicios profesionales, incluidos los servicios de enfermería, brindados de conformidad con el plan de atención • La capacitación y la educación del paciente no están cubiertas, de otra manera, por los beneficios del equipo médico duradero. • Supervisión remota • Servicios de supervisión para el suministro del tratamiento de infusión en el hogar y los medicamentos de infusión en el hogar brindados por un proveedor calificado para el tratamiento de infusión en el hogar Es posible que se aplique autorización previa para los servicios de terapia de infusión en el hogar.	Todos los demás medicamentos se adjudicarán con el coseguro más alto.	
Atención en un hospicio Usted es elegible para el beneficio de hospicio cuando su médico y el director médico del hospicio le han dado un diagnóstico de enfermedad terminal que certifica que 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 de un programa de hospicio certificado por Medicare. Nuestro plan está obligado a ayudarlo a encontrar programas de hospicio certificados por Medicare en el área de	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).	Cuando se inscribe en un programa de hospicios certificado por Medicare, los servicios de hospicio y los servicios de la Parte A y la Parte B relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal son pagados por Original Medicare, y no por Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
servicio del plan, incluidos los programas que nos pertenecen, que controlamos o en los que tenemos un interés financiero. El médico 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 admitido en un hospicio, tiene derecho a permanecer en nuestro plan; si permanece en nuestro plan, debe continuar pagando las primas del plan. **Para los servicios en un hospicio y para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que se relacionan con su diagnóstico de enfermedad terminal:** Original Medicare (en lugar de nuestro plan) pagará a su proveedor del hospicio por sus servicios en un hospicio y cualquier servicio de la Parte A y la Parte B relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal. Mientras esté en el programa de hospicios, su proveedor del hospicio facturará a Original Medicare por los servicios que Original Medicare cubra. Se le facturará el costo compartido de Original Medicare.		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Para los servicios cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare que no se relacionen con su diagnóstico de enfermedad 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 que no estén relacionados con su diagnóstico de enfermedad terminal, el costo de estos servicios depende de si usted utiliza un proveedor de la red de nuestro plan y sigue las normas del plan (como si hay algún requisito de obtener una autorización previa). • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor de la red y sigue las normas del plan para los servicios recibidos, solo pagará el monto de costo compartido de nuestro plan para los servicios dentro de la red • Si obtiene los servicios cubiertos de un proveedor fuera de la red, pagará el costo compartido correspondiente a Original Medicare		
Para los servicios cubiertos por Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) pero que no están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare: Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) continuará cubriendo los servicios cubiertos por el plan que no estén cubiertos por la Parte A o la Parte B, ya sea que estén		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
relacionados o no con su diagnóstico de enfermedad terminal. Usted paga el monto del costo compartido de nuestro plan por estos servicios. **Para los medicamentos que pueden estar cubiertos por los beneficios de la Parte D del plan:** Si estos medicamentos no están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido. Si están relacionados con su condición en un hospicio por enfermedad terminal, usted paga el costo compartido de Original Medicare. Los medicamentos nunca están cubiertos por el hospicio y nuestro plan al mismo tiempo. Consulte la Sección 9.4 del Capítulo 5 para obtener más información. **Nota:** Si necesita atención médica que no sea en un hospicio (atención que no está relacionado con su diagnóstico de enfermedad terminal), comuníquese con nosotros para coordinar los servicios.		
Inmunizaciones Los servicios de la Parte B cubiertos por Medicare incluyen los siguientes: • Vacuna contra la neumonía • Inyecciones antigripales (o vacunas), una vez en cada temporada de gripe en el otoño y el invierno, e inyecciones adicionales contra la gripe (o vacunas) si son médicamente	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las vacunas contra la neumonía, la gripe, la hepatitis B ni la COVID-19.	$0 por las vacunas contra la neumonía, la gripe/influenza y el COVID-19 cubiertas por Medicare y su administración. 30% de coseguro por las vacunas contra la hepatitis B cubiertas por la Parte B de Medicare y

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
necesarias • Vacunas contra la hepatitis B si nunca ha recibido una serie completa, no conoce su historial de vacunación o tiene cualquier otra afección que lo coloque en riesgo alto o intermedio de contraer hepatitis B • Vacunas contra la COVID-19 • Otras vacunas si su salud está en peligro y si cumple con las normas de cobertura de la Parte B de Medicare También cubrimos la mayoría de las vacunas para adultos en virtud del beneficio de medicamentos de la Parte D. Consulte la Sección 7 del Capítulo 6 para obtener información adicional.		su administración, y por otras vacunas cubiertas por la Parte B de Medicare.
Servicios de evaluación de seguridad en el hogar Los servicios incluyen la evaluación del entorno del hogar para detectar posibles problemas de seguridad que podrían provocar caídas u otros riesgos para la salud. Los servicios se derivan de equipos de administración o coordinación de la atención. Comuníquese con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 o acceda al portal para miembros en www.goldkidney.com para obtener más detalles.	$0 de copago por servicios de evaluación de seguridad en el hogar.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Atención hospitalaria para pacientes internados Incluye servicios hospitalarios para casos agudos en régimen de hospitalización, rehabilitación en régimen de hospitalización, hospitales de atención a largo plazo y otros tipos de servicios hospitalarios en régimen de hospitalización. La atención hospitalaria en régimen de hospitalización comienza el día en que se le ingresa formalmente en el hospital con una orden del médico. El día antes de ser dado de alta es su último día de hospitalización. Nuestro plan cubre una cantidad ilimitada de días de atención hospitalaria en régimen de hospitalización médicamente necesarios dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa para hospitalizaciones cubiertas por Medicare. 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	Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 al 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días a lo largo de su vida). Después de que se agoten los días de hospitalización para pacientes internados cubiertos por Medicare, incluidos los días de reserva de por vida disponibles, el plan cubre una cantidad ilimitada de días adicionales de hospitalización para pacientes internados dentro de la red que sean médicamente necesarios con $0 de copago. Los 90 días de hospitalización para pacientes internados cubiertos por Medicare por período de beneficios y los 60 días de reserva de por vida se comparten entre la atención para	$1,736 de deducible combinado para estadías de hospitalización para pacientes internados fuera de la red y estadías de salud mental para pacientes internados. Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 al 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días a lo largo de su vida). Más allá de los días de reserva de por vida: el miembro es responsable del 100% del costo. Usted tiene cobertura para 90 días por período de beneficios para estadías de hospitalización para pacientes internados cubiertas por Medicare. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y podrían cambiar para 2027. Gold Kidney Health Plan proporcionará las

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
ejemplo, unidades de cuidados intensivos o coronarios) • Medicamentos • Análisis de laboratorio • Radiografías y otros servicios radiológicos • Suministros médicos y quirúrgicos necesarios • Uso de aparatos, como sillas de ruedas • Costos de la sala de operaciones y de recuperación • Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje • Servicios por el trastorno por el consumo de sustancias para pacientes hospitalizados • En determinadas condiciones, están cubiertos los siguientes tipos de trasplantes: Córnea, riñón, páncreas y riñón, corazón, hígado, pulmón, corazón/pulmón, médula ósea, células madre e intestinal/multivisceral. Si necesita un trasplante, organizaremos la revisión de su caso en un centro de trasplantes aprobado por Medicare, que decidirá si es candidato para un trasplante. Los proveedores de trasplantes pueden ser locales o estar fuera del área de servicio. Si nuestros servicios de trasplante de la red se	pacientes internados aguda y psiquiátrica. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y podrían cambiar para 2027. Gold Kidney Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.	tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles. Si recibe atención para pacientes hospitalizados en un hospital fuera de la red una vez que se ha estabilizado la afección que causó la emergencia, su costo es el costo compartido que pagaría en un hospital de la red.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
encuentran fuera del patrón de atención de la comunidad, puede elegir un lugar cerca siempre y cuando los proveedores locales de trasplante estén dispuestos a aceptar la tarifa de Original Medicare. Si Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) brinda servicios de trasplante en un lugar fuera del patrón de atención para trasplantes en su comunidad y usted elige llevar a cabo el trasplante en este lugar distante, coordinaremos o pagaremos los costos de transporte y alojamiento correspondientes para usted y un acompañante. • Sangre: Se incluye el almacenamiento y la administración. La cobertura de sangre entera y de concentrado de glóbulos rojos comienza únicamente con la cuarta pinta de sangre que necesite. Usted debe pagar los costos de las primeras 3 pintas de sangre que reciba en un año calendario o hacer que usted u otra persona donen la sangre. Todos los demás componentes de la sangre están cubiertos a partir de la primera pinta. • Servicios médicos		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Nota: Para ser paciente internado, el proveedor debe hacer una orden por escrito para que lo ingresen de manera formal como paciente internado en el hospital. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente hospitalizado o ambulatorio, consulte con el personal del hospital. • También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en 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 de hospitalización en un hospital psiquiátrico Los servicios cubiertos incluyen servicios de salud mental que requieren hospitalización. Usted recibe hasta 190 días de atención psiquiátrica para pacientes hospitalizados cubierta por Medicare de por vida. El límite de 190 días no se aplica a los servicios de salud mental para pacientes hospitalizados proporcionados en una unidad psiquiátrica de un hospital general.	Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de beneficios. Días 61 al 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días a lo largo de su vida) para estadías de atención de salud mental para	$1,736 de deducible combinado por período de beneficios para estadías de hospitalización de agudos para pacientes internados y estadías de hospitalización psiquiátrica para pacientes internados fuera de la red. Días 1 al 60: $0 de copago por cada período de

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	**Punto de Servicio (POS)**
Es posible que se requiera autorización previa para hospitalizaciones de salud mental cubiertas por Medicare.	pacientes internados cubiertas por Medicare. Después de que use todos los días de hospitalización psiquiátrica para pacientes internados cubiertos, usted paga todos los costos. Los 90 días de hospitalización para pacientes internados cubiertos por Medicare por período de beneficios y los 60 días de reserva de por vida se comparten entre la atención para pacientes internados aguda y psiquiátrica. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y podrían cambiar para 2027. Gold Kidney Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.	beneficios. Días 61 al 90: $434 de copago por día de cada período de beneficios. Días 91 en adelante: $868 de copago por cada "día de reserva de por vida" (hasta un máximo de 60 días a lo largo de su vida) para estadías de atención de salud mental para pacientes internados cubiertas por Medicare. Después de que use todos los días de hospitalización psiquiátrica para pacientes internados cubiertos, usted paga todos los costos. Estos son los montos de costo compartido de 2026 y podrían cambiar para 2027. Gold Kidney Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.
Hospitalización: Servicios cubiertos recibidos en un hospital o SNF durante una hospitalización no cubierta Si ha usado sus beneficios para pacientes hospitalizados o, si la	**Servicios médicos** Consulte la fila Servicios de médicos o profesionales, incluidas	**Servicios médicos** Consulte la fila Servicios de médicos o profesionales, incluidas

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
hospitalización no es razonable y necesaria, no cubriremos su hospitalización. En algunos casos, cubriremos ciertos servicios que recibe mientras está en el hospital o en el centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Servicios médicos • Análisis de diagnóstico (como los análisis de laboratorio) • Terapia 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 protésicos y ortésicos (salvo los dentales) que sustituyen una parte o la totalidad de un órgano interno del cuerpo (incluso tejido contiguo), o bien una parte o la totalidad del funcionamiento de un órgano interno del cuerpo que no funciona bien o que permanentemente no funciona, incluso la sustitución o reparación de dichos dispositivos • Soportes para piernas, brazos, espalda y cuello; bragueros; y piernas, brazos y ojos artificiales, incluidos ajustes, reparaciones y reemplazos necesarios debidos a	consultas en el consultorio del médico. **Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y férulas** Consulte la fila Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos. **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorio** Consulte la fila Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados. **Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje** Consulte la fila *Servicios* de rehabilitación ambulatorios.	consultas en el consultorio del médico. **Servicios de diagnóstico y radiología, vendajes quirúrgicos y férulas** Consulte la fila Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos. **Prótesis, órtesis y suministros médicos/terapéuticos para pacientes ambulatorio** Consulte la fila Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados. **Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla y del lenguaje** Consulte la fila *Servicios* de rehabilitación ambulatorios.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
la rotura, al desgaste, a la pérdida o a un cambio en el estado físico del paciente • Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional		
Beneficio de comidas Inmediatamente después de la cirugía o de una hospitalización, recibirá 2 comidas por día durante 14 días. Este beneficio se puede utilizar hasta 4 veces por año. Los servicios se derivan de equipos de administración o coordinación de la atención. Comuníquese con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 o acceda al portal para miembros en www.goldkidney.com para obtener más detalles.	$0 de copago por comidas después de la hospitalización de paciente interno.*	Sin cobertura.
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 indicado por su médico. 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro para los miembros elegibles para servicios de terapia médica nutricional cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
con la orden de un médico. El médico debe recetar estos servicios y renovar la orden todos los años si hay que continuar el tratamiento en el próximo año calendario.		
Programa de prevención de la diabetes de Medicare (MDPP) **Los servicios del MDPP estarán cubiertos para las personas elegibles de Medicare en todos los planes de salud de Medicare.** El MDPP es una intervención estructurada de cambio de conducta de salud que brinda capacitación práctica sobre cambio en la dieta a largo plazo, mayor actividad física y estrategias de resolución de problemas para superar los 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.	30 % de coseguro por 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 de estos medicamentos mediante nuestro plan** Es posible que se requiera autorización previa para los medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare.	Para determinados medicamentos de la Parte B, es posible que deba probar primero un medicamento diferente. $35 de copago para medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare. El costo compartido para un suministro de un mes se limita a $35. No se aplican los deducibles de	Para determinados medicamentos de la Parte B, es posible que deba probar primero un medicamento diferente. 30 % de coseguro por medicamentos insulínicos de la Parte B de Medicare. El costo compartido para un suministro de un mes se limita a $35. No se aplican los deducibles de la categoría de servicio ni del nivel del plan.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Es posible que se requiera autorización previa para otros medicamentos con receta de la Parte B de Medicare. **Los medicamentos cubiertos incluyen lo siguiente:** • Medicamentos que, generalmente, el paciente no se autoadministra y que se aplican por medio de una inyección o infusión cuando recibe los servicios de médicos, en un hospital para pacientes ambulatorios o en un centro quirúrgico ambulatorio • Insulina provista mediante un equipo médico duradero (por ejemplo, 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 Alzhéimer, Leqembi®, (nombre genérico lecanemab), se administra por vía intravenosa. Además de los costos de los medicamentos, es posible que necesite análisis y tomografías adicionales antes o durante el tratamiento que podrían agregarse a sus costos totales. Consulte con su médico qué tomografías y análisis puede necesitar como parte del tratamiento. • Factores de la coagulación que se	la categoría de servicio ni del nivel del plan. 0 % a 20 % de coseguro por medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare. 0 % a 20 % de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare. El coseguro mínimo es para tener en cuenta el rango de posibles coseguros para reembolsos de medicamentos de la Parte B que alcanzan el límite de costo de inflación. Todos los demás medicamentos se adjudicarán con el coseguro más alto.	30 % de coseguro por medicamentos de radiación y quimioterapia de la Parte B de Medicare. 30 % de coseguro por otros medicamentos de la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
aplica usted mismo mediante una inyección si tiene hemofilia • Medicamentos inmunosupresores/para trasplantes: Medicare cubre la terapia con medicamentos para trasplantes si Medicare pagó por el trasplante de órgano. Debe tener la Parte A en el momento del trasplante cubierto y debe tener la Parte B en el momento en que reciba medicamentos inmunosupresores. La cobertura para medicamentos de la Parte D de Medicare cubre los medicamentos inmunosupresores si la Parte B no los cubre. • Medicamentos inyectables para la osteoporosis si usted no puede salir de su casa, tiene una fractura ósea que el médico confirma que se relacionó con la osteoporosis posmenopáusica y no puede administrarse usted mismo el medicamento • Algunos antígenos: Medicare cubre antígenos si un médico los prepara y una persona adecuadamente instruida (que podría ser usted, el paciente) los administra bajo la supervisión adecuada • Determinados medicamentos orales para el tratamiento del cáncer: Medicare cubre algunos		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
medicamentos orales para el cáncer que toma por la boca si el mismo medicamento está disponible en forma inyectable o si el medicamento es un profármaco (una forma oral de un medicamento que, cuando se ingiere, se descompone en el mismo principio activo que se encuentra en el medicamento inyectable) del medicamento inyectable. A medida que estén disponibles nuevos medicamentos orales para el cáncer, la Parte • B puede cubrirlos. Si la Parte B no los cubre, la Parte D sí los cubre • Medicamentos orales para las náuseas: Medicare cubre los medicamentos orales para las náuseas que utilice como parte de un régimen quimioterapéutico contra el cáncer si se administran antes, durante o dentro de las 48 horas posteriores a la quimioterapia, o se utilizan como reemplazo terapéutico total para un medicamento intravenoso contra las náuseas • Determinados medicamentos orales para la enfermedad renal terminal (ERT) cubiertos por la Parte B de Medicare • Medicamentos calcimiméticos y fijadores de fosfato según el sistema de pago de la ERT,		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
incluidos los medicamentos intravenosos Parsabiv® y el medicamento oral Sensipar® • Determinados medicamentos para diálisis en el hogar, incluidos la heparina, el antídoto para la heparina cuando sea médicamente necesario y anestésicos tópicos • Fármacos estimuladores de la eritrocitopoyesis: Medicare cubre la eritropoyetina mediante inyección si usted tiene ERT o si necesita este medicamento para tratar la anemia relacionada con otras afecciones (por ejemplo, Epogen®, Procrit®, Retacrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, Darbepoetin Alfa, Mircera®, o metoxipolietilenglicol-epoetina beta) • Inmunoglobulinas intravenosas para el tratamiento a domicilio de deficiencias inmunitarias primarias • Nutrición parenteral y enteral (intravenosa y para sondas) También cubrimos vacunas en virtud de la Parte B y la mayoría de las vacunas para adultos en virtud de los beneficios de medicamentos de la Parte D. El Capítulo 5 explica el beneficio de medicamentos de la Parte D e indica las normas que deben seguirse a fin de recibir cobertura para los medicamentos con receta. Lo que le		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
corresponde pagar por los medicamentos de la Parte D mediante nuestro plan se explica en el Capítulo 6.		
Prueba de detección de obesidad y terapia 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 está cubierto 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 médico de atención primaria.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las terapias y las pruebas de detección preventivos de obesidad.	30 % de coseguro para pruebas de detección preventiva de la obesidad y terapia.
Servicios del programa de tratamiento para opioides Los miembros de nuestro plan con trastorno por uso de opioides (opioid use disorder, OUD) pueden recibir la cobertura de servicios para tratar los OUD mediante un Programa de tratamiento para opioides (Opioid Treatment Program, OTP), que incluye los siguientes servicios: • Medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos y medicamentos agonistas y antagonistas de	20 % de coseguro por servicios del tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por servicios del tratamiento para opioides cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
opioides para tratamiento asistido por medicamentos (medication-assisted treatment, MAT) • Suministro y administración de medicamentos de MAT (si corresponde) • Asesoramiento sobre el trastorno por el consumo de sustancias • Pruebas toxicológicas • Actividades de admisión • Evaluaciones periódicas		
Pruebas de diagnóstico, servicios terapéuticos y suministros para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen, entre otros, los siguientes: • Radiografías • Terapia de radiación (radio e isótopos) que incluye materiales de los técnicos y suministros • 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 sangre entera y concentrado de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre)	**Radiografías para pacientes ambulatorios** 20 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** 20 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer). **Suministros médicos** 20 % de coseguro para suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** 0% a 20 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. Para servicios de laboratorio, usted paga 0% de coseguro en un	**Radiografías para pacientes ambulatorios** 30 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología terapéutica** 30 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare (como radioterapia para el cáncer). **Suministros médicos** 30 % de coseguro para suministros cubiertos por Medicare. **Servicios de laboratorio** 30 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	**Punto de Servicio (POS)**
comienza con la primera pinta de sangre que necesite • Pruebas de diagnóstico que no sean de laboratorio, como tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, ECG y tomografías por emisión de positrones cuando su médico u otro proveedor de atención médica las ordene para tratar un problema médico Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de radiología terapéutica para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera autorización previa para los suministros médicos dentro de la red. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de laboratorio para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera autorización previa para los procedimientos o pruebas de diagnóstico para pacientes ambulatorios. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de radiología de diagnóstico para pacientes ambulatorios.	centro de LabCorp o en el consultorio de un PCP (médico de atención primaria) o especialista, y 20% de coseguro en otros lugares. **Servicios sanguíneos** 20 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. **Beneficio de acondicionamiento físico** 0% a 20 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. Para pruebas y procedimientos de diagnóstico, usted paga 0% de coseguro en un centro de LabCorp o en el consultorio de un PCP (médico de atención primaria) o especialista, y 20% de coseguro en otros lugares. **Servicios de radiología de diagnóstico** 0% a 20 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).	**Servicios sanguíneos** 30 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. **Beneficio de acondicionamiento físico** 30 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare. **Servicios de radiología de diagnóstico** 30 % de coseguro por servicios cubiertos por Medicare (como resonancias magnéticas y tomografías computarizadas).

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
	Para servicios de radiología diagnóstica, usted paga 0% de coseguro por ultrasonidos y 20% de coseguro por otros procedimientos radiológicos de diagnóstico.	
Observación hospitalaria para pacientes ambulatorios Los servicios de observación son servicios de hospital para pacientes ambulatorios proporcionados para determinar si necesita ser ingresado como paciente hospitalizado o puede ser dado de alta. Para que los servicios hospitalarios de observación para pacientes ambulatorios tengan cobertura, deben cumplir con los criterios de Medicare y considerarse razonables y necesarios. Los servicios de observación tienen cobertura solo cuando son proporcionados a partir de la orden de un médico o de otra persona autorizada por la ley de licencias del estado y los reglamentos sobre personal del hospital para ingresar pacientes al hospital u ordenar pruebas para pacientes ambulatorios. **Nota:** A menos que el proveedor haya dejado por escrito una orden de admisión como paciente	20 % de coseguro por servicios de observación hospitalaria ambulatorios cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por servicios de observación hospitalaria ambulatorios cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital. También puede encontrar más información en la hoja informativa de Medicare, *Beneficios hospitalarios de Medicare*, disponible en 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 ambulatorios Cubrimos servicios médicamente necesarios que se le hayan brindado en el departamento de pacientes ambulatorios 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 ambulatorios, como servicios de observación o cirugía para	**Servicios de emergencia** Consulte la fila Atención de emergencia. **Cirugía ambulatoria** Consulte las filas Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos Servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y Centros quirúrgicos ambulatorios y Observación hospitalaria ambulatoria.	**Servicios de emergencia** Consulte la fila Atención de emergencia. **Cirugía ambulatoria** Consulte las filas Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos Servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y Centros quirúrgicos ambulatorios y Observación hospitalaria ambulatoria.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
pacientes ambulatorios • Pruebas de laboratorio y de diagnóstico facturadas por el hospital • Atención de salud mental, incluida la atención en un programa de hospitalización parcial, si un médico certifica que el tratamiento con hospitalización 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 hospitalizado, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido por servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Si no está seguro de si es un paciente ambulatorio, consulte con el personal del hospital.	**Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la fila Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos. **Atención de la salud mental y hospitalización parcial** Consulte las filas Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y Servicios de hospitalización parcial y Servicios intensivos para pacientes ambulatorios. **Medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar** Consulte la fila Medicamentos de la Parte B de Medicare.	**Pruebas de laboratorio y de diagnóstico, radiografías, servicios radiológicos y suministros médicos** Consulte la fila Pruebas de diagnóstico ambulatorio y servicios y suministros terapéuticos. **Atención de la salud mental y hospitalización parcial** Consulte las filas Atención de salud mental para pacientes ambulatorios y Servicios de hospitalización parcial y Servicios intensivos para pacientes ambulatorios. **Medicamentos y productos biológicos que no se puede autoadministrar** Consulte la fila Medicamentos de la Parte B de Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Atención de salud mental para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: Servicios de salud mental prestados por un psiquiatra o médico autorizado por el estado, psicólogo clínico, asistente social clínico (CSW), especialista en enfermería clínica (CNS), consejera profesional autorizada (licensed professional counselor, LPC), terapeuta familiar y matrimonial con licencia (licensed marriage and family therapist, LMFT), enfermero practicante (NP), asistente médico (PA) u otro profesional de atención de salud mental calificado por Medicare, según lo permitido por la legislación estatal aplicable.	20 % de coseguro por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de terapia individual con un profesional de atención de salud mental (que no sea psiquiatra) cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de terapia grupal con un profesional de atención de salud mental (que no sea psiquiatra) cubierta por Medicare.	30 % de coseguro por cada consulta de terapia individual con un psiquiatra cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta de terapia grupal con un psiquiatra cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta de terapia individual con un profesional de atención de salud mental (que no sea psiquiatra) cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta de terapia grupal con un profesional de atención de salud mental (que no sea psiquiatra) cubierta por Medicare.
Servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios Los servicios cubiertos incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla y del lenguaje. Los servicios de rehabilitación para pacientes ambulatorios son brindados en varios entornos para pacientes ambulatorios, como departamentos ambulatorios de hospitales, consultorios de terapeutas	20 % de coseguro por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de fisioterapia y/o terapia del habla cubierta por Medicare.	30 % de coseguro por cada consulta de terapia ocupacional cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta de fisioterapia y/o terapia del habla cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
independientes y centros de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORFs).		
Servicios ambulatorios para trastornos por consumo de sustancias La cobertura incluye servicios de tratamiento que se proporcionan en el departamento de pacientes ambulatorios de un hospital a pacientes que, por ejemplo, han sido dados de alta de una hospitalización para el tratamiento de abuso de sustancias farmacológicas o que requieren tratamiento, pero no requieren la disponibilidad ni la intensidad de los servicios que se encuentran solo en el entorno hospitalario para pacientes hospitalizados. La cobertura disponible para estos servicios está sujeta a las mismas reglas generalmente aplicables a la cobertura.	20 % de coseguro por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.	30 % de coseguro por cada consulta de terapia individual cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta de terapia grupal cubierta por Medicare.
Cirugía para pacientes ambulatorios, incluidos servicios brindados en centros hospitalarios para pacientes ambulatorios y centros quirúrgicos ambulatorios **Nota:** Si va a ser sometido a una cirugía en un centro hospitalario, consulte con el proveedor si será hospitalizado o un paciente	20 % de coseguro para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. 20 % de coseguro para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio.	30 % de coseguro para servicios cubiertos por Medicare en un centro quirúrgico ambulatorio. 30 % de coseguro para servicios cubiertos por Medicare en un centro hospitalario ambulatorio.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
ambulatorio. A menos que el proveedor escriba una orden de admisión para su hospitalización, usted es un paciente ambulatorio y paga los montos del costo compartido para la cirugía para pacientes ambulatorios. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios en un centro quirúrgico ambulatorio. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de hospital para pacientes ambulatorios.		
Servicios de hospitalización parcial y servicios intensivos para pacientes ambulatorios La *hospitalización parcial* es un programa estructurado de tratamiento psiquiátrico activo, suministrado como un servicio hospitalario para pacientes ambulatorios o en un centro comunitario de salud mental, que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio del consejero profesional autorizado y es una alternativa a la hospitalización.	20 % de coseguro por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 20 % de coseguro por servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por día por servicios de hospitalización parcial cubiertos por Medicare. 30 % de coseguro por servicios del programa ambulatorio intensivo cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
El *servicio intensivo para pacientes ambulatorios* es un programa estructurado de terapia de salud conductual (mental) activo proporcionado en un departamento de pacientes ambulatorios de un hospital, un centro comunitario de salud mental, un Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal o una clínica de salud rural que es más intensa que es más intenso que la atención recibida en el consultorio del médico, del terapeuta, del terapeuta familiar y matrimonial con licencia (LMFT) o en un consultorio de consejeros profesionales autorizados, pero menos intenso que la hospitalización parcial.		
Beneficio del sistema de respuesta personal a emergencias (Personal Emergency Response System, PERS) PERS es un sistema de alerta médica que proporciona monitoreo continuo en el hogar y móvil. Usted recibe un dispositivo móvil PERS con GPS, detección de caídas y enlaces a otros servicios del Plan, así como acceso a profesionales capacitados para evaluar la naturaleza de la llamada y coordinar la asistencia las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año. La funcionalidad de ubicación por GPS está restringida a los servicios relacionados con la salud.	$0 de copago por el beneficio del PERS.* Los miembros pueden seleccionar entre el estilo de colgante tradicional o un dispositivo que se puede usar en la muñeca.	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Los servicios se derivan de equipos de administración o coordinación de la atención. Comuníquese con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 o acceda al portal para miembros en www.goldkidney.com para obtener más detalles.		
Servicios de médicos o profesionales, incluidas consultas en el consultorio del médico Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de médicos especialistas. Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios quirúrgicos o de atención médica médicamente necesarios que recibe en un consultorio médico, centro quirúrgico ambulatorio certificado, departamento para pacientes ambulatorios de un hospital o cualquier otra ubicación • Exámenes de audición básicos y relacionados con el equilibrio efectuados por su especialista, si el médico así lo indica para determinar si usted necesita tratamiento médico • Determinados servicios de telesalud, incluidos los siguientes: Sesiones de salud	20 % de coseguro por cada consulta al médico de atención primaria cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare. 0% a 20 % de coseguro por cada consulta con otros profesionales de atención médica cubierta por Medicare (como enfermeros practicantes y asistentes médicos) Para visitas con otros profesionales de la salud, usted paga 0% de coseguro en el consultorio de su médico de atención primaria o en el consultorio de un especialista en riñón, corazón o diabetes, y 20% de coseguro en los consultorios de otros especialistas	30 % de coseguro por cada consulta al médico de atención primaria cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta a un especialista cubierta por Medicare. 30 % de coseguro por cada consulta con otros profesionales de atención médica cubierta por Medicare (como enfermeros practicantes y asistentes médicos).

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
mental individuales o grupales, con especialistas o el PCP • Tiene la opción de recibir estos servicios mediante una consulta en persona o mediante telesalud. Si elige recibir uno de estos servicios mediante telesalud, debe utilizar un proveedor de la red que ofrezca el servicio mediante telesalud. • Algunos servicios de telesalud, entre los que se incluyen consultas, diagnósticos y tratamientos por parte de un médico o profesional para los pacientes en ciertas áreas rurales u otros lugares aprobados por Medicare • Servicios de telesalud para las consultas mensuales relacionadas con una enfermedad renal terminal para los miembros de 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 el consumo de sustancias o un	20 % de coseguro por beneficios adicionales de telesalud.	Los beneficios adicionales de telesalud no están cubiertos.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
trastorno de salud mental que ocurre en simultáneo, independientemente de su ubicación • Servicios de telesalud para el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental • Servicios de telesalud para consultas de salud mental proporcionados por Clínicas de Salud Rural y Centros de Salud Calificados Federalmente • Controles virtuales (por ejemplo, por teléfono o chat de video) con su médico durante 5-10 minutos **si**: o no es un paciente nuevo, **y** o el control no está relacionado con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días, **y** o el control no lleva a una consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana. • Evaluación de videos o imágenes que usted envía a su médico, e interpretación y seguimiento por parte de su médico en un plazo de 24 horas **si**: o no es un paciente nuevo, **y** o la evaluación no está relacionada con una consulta en el consultorio en los últimos 7 días, **y** o la evaluación no lleva a una		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
consulta en el consultorio dentro de las 24 horas o la cita disponible más cercana • Consulta que su médico hace con otros médicos 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) • Atención de rutina de los pies para los miembros que padecen determinadas afecciones que comprometen las extremidades inferiores Además de los beneficios cubiertos por Medicare mencionados anteriormente, este plan también cubre lo siguiente: • Atención de podiatría de rutina: 12 consultas por año	20 % de coseguro por cada consulta de servicios de podiatría cubierta por Medicare. 20 % de coseguro por cada consulta de atención de podiatría de rutina.*	30 % de coseguro por cada consulta de servicios de podiatría cubierta por Medicare. Sin cobertura.
Conciliación de medicamentos en el hogar después del alta Completado por personal de enfermería, farmacéutico o coordinador de transición de la	$0 de copago por servicios de conciliación de medicamentos en el hogar después del alta.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
atención mediante una consulta al consultorio, a domicilio o de telesalud. Incluye la revisión de todos los medicamentos, la aclaración de las instrucciones y la actualización de las listas de medicamentos. Los servicios se derivan de equipos de administración o coordinación de la atención. Comuníquese con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 o acceda al portal para miembros en www.goldkidney.com para obtener más detalles.		
Profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención del VIH Si no tiene VIH, pero su médico u otro profesional de atención médica determina que tiene un mayor riesgo de contraer VIH, cubrimos los medicamentos de profilaxis previa a la exposición (pre-exposure prophylaxis, PrEP) y los servicios relacionados. Si califica, los servicios cubiertos incluyen: • Medicamentos de PrEP orales o inyectables aprobados por la FDA, incluido el cargo por la inyección del medicamento, si corresponde • Hasta 8 sesiones de asesoramiento individuales (incluidas la evaluación del riesgo de VIH, la reducción del riesgo de VIH y la adherencia a	No se requiere coseguro, copago ni deducible para el beneficio de la PrEP.	30 % de coseguro por el beneficio de la PrEP.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
los medicamentos) cada 12 meses • Hasta 8 exámenes de detección de VIH cada 12 meses • Un examen de detección del virus de la hepatitis B por única vez		
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 del PSA anual. $0 de copago por un examen rectal digital cubierto por Medicare.	30 % de coseguro por una prueba anual de PSA. 30 % de coseguro por un examen rectal digital cubierto por Medicare.
Dispositivos protésicos y ortésicos, y suministros relacionados Dispositivos (no dentales) que reemplazan una función o parte del cuerpo parcial o totalmente. Estos incluyen, entre otros, pruebas, ajuste o preparación para el uso de dispositivos protésicos y ortésicos, así como: Bolsas de colostomía y artículos directamente relacionados con la atención de la colostomía, marcapasos, férulas, zapatos protésicos, extremidades artificiales, prótesis mamarias (incluido un sostén quirúrgico para después de una mastectomía). Se incluyen determinados suministros relacionados	20 % de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare. 20 % de coseguro para suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos.	30 % de coseguro para dispositivos protésicos y ortopédicos cubiertos por Medicare. 30 % de coseguro para suministros médicos cubiertos por Medicare relacionados con dispositivos protésicos y ortopédicos.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
con dispositivos protésicos y ortésicos, así como la reparación o sustitución de estos dispositivos. Además, también se proporciona cierto grado de cobertura después de la extracción de cataratas o de una cirugía de cataratas (para obtener más detalles, consulte *Atención de la visión* más adelante en esta tabla. Es posible que se requiera autorización previa para dispositivos protésicos y ortopédicos. Es posible que se requiera autorización previa para los suministros médicos dentro de la red.		
Servicios de rehabilitación pulmonar Los programas integrales de rehabilitación pulmonar están cubiertos para miembros que padecen enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) de moderada a grave y tienen una orden del médico que atiende su enfermedad respiratoria crónica, para comenzar una terapia de rehabilitación pulmonar. Es posible que se requiera autorización previa para los servicios de rehabilitación pulmonar cubiertos por Medicare.	20 % de coseguro por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.	30 % de coseguro por cada consulta de servicios de rehabilitación pulmonar cubierta por Medicare.
Prevención de readmisión	$0 de copago por el beneficio de prevención de readmisión.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
El beneficio incluye comidas, conciliación de medicamentos y evaluación de seguridad en el hogar. Las comidas proporcionadas a través de este beneficio forman parte del beneficio de comidas descrito anteriormente y cuentan para el mismo límite de 2 comidas al día durante 14 días, hasta 4 veces al año. Los servicios se derivan de equipos de administración o coordinación de la atención. Comuníquese con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 o acceda al portal para miembros en www.goldkidney.com para obtener más detalles.		
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 médico 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.	30 % de coseguro para el beneficio preventivo de detección y asesoramiento para reducir el abuso de alcohol cubierto por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Prueba de detección de infección por el virus de la hepatitis C Cubrimos una prueba de detección de hepatitis C si su médico de atención primaria u otro proveedor de atención médica calificado lo indica y usted cumple con una de estas condiciones: • Usted tiene un alto riesgo porque consume o ha consumido drogas inyectables ilícitas. • Usted recibió una transfusión de sangre antes de 1992. • Nació entre 1945 y 1965. Si nació entre 1945 y 1965 y no se considera de alto riesgo, cubrimos un examen de detección una vez. Si tiene un alto riesgo (por ejemplo, ha seguido consumiendo drogas inyectables ilícitas desde su prueba de detección de hepatitis C negativa anterior), cubrimos los exámenes de detección anuales.	No se requiere coseguro, copago ni deducible para las pruebas de detección del virus de la hepatitis C cubiertas por Medicare.	30 % de coseguro por la prueba de detección del virus de la hepatitis C cubierta por Medicare.
Prueba de detección de cáncer de pulmón con tomografía computarizada de baja dosis (low dose computed tomography, LDCT) Para las personas que reúnen los requisitos, se cubre una 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	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT.	30 % de coseguro para la consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas cubierta por Medicare o para la LDCT

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
de pulmón, pero tener antecedentes como fumadores de tabaco de, al menos, 20 paquetes/años y ser fumadores actualmente o haber dejado de fumar en los últimos 15 años y recibir una orden de parte de un médico o un profesional no médico calificado para efectuarse una LDCT durante una consulta para el asesoramiento sobre la prueba de detección de cáncer de pulmón y de la toma de decisiones compartidas que cumplan con los criterios de Medicare para dichas consultas. Para poder hacerse una *prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT después de la prueba de detección inicial con una LDCT*: Los miembros deben recibir una orden para hacerse una prueba de detección de cáncer de pulmón con una LDCT, que puede proporcionar un médico o profesional no médico calificado durante cualquier consulta apropiada. Si un médico o profesional no médico calificado elige efectuar una consulta de asesoramiento y de toma de decisiones compartidas para una prueba de detección de cáncer de pulmón con LDCT posterior, la consulta debe cumplir con los criterios de.		
Prueba de detección de enfermedades de transmisión	No se requiere coseguro, copago ni deducible para beneficios preventivos	30 % de coseguro para beneficios preventivos para pruebas de detección de ETS y

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
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 están cubiertas para las mujeres embarazadas y para ciertas personas que se encuentran en un mayor riesgo de infecciones por ETS cuando el proveedor de atención primaria las solicita. Cubrimos estas pruebas una vez cada 12 meses o en ciertas etapas durante el embarazo. También cubrimos hasta 2 sesiones personales súper intensivas de asesoramiento conductual de 20 a 30 minutos por año, para adultos sexualmente activos con mayor riesgo de infecciones por ETS. Solo cubrimos estas sesiones de asesoramiento como un servicio preventivo si son brindadas por un proveedor de atención primaria y se efectúan en un establecimiento de atención primaria, como en un consultorio del médico.	para pruebas de detección de ETS y asesoramiento para prevenirlas cubiertos por Medicare.	asesoramiento de ETS cubiertos por Medicare.
Servicios para tratar enfermedades renales Los servicios para la enfermedad renal y la diálisis incluyen: • Servicios educativos sobre la enfermedad renal para enseñar sobre el cuidado del riñón y ayudar a los miembros a tomar decisiones informadas sobre su	$0 de copago por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 20 % de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro por servicios educativos sobre enfermedades renales cubiertos por Medicare. 30 % de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
cuidado. En el caso de los miembros con enfermedad renal crónica en etapa IV, cuando son remitidos por su médico, cubrimos hasta 6 sesiones de servicios educativos sobre la enfermedad renal de por vida • Tratamientos de diálisis para pacientes ambulatorios (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 está disponible temporalmente o está fuera del alcance) • Tratamientos de diálisis para pacientes hospitalizados (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 el hogar) • Equipos y suministros para diálisis en el hogar • Determinados servicios de apoyo a domicilio (por ejemplo, cuando sea necesario, recibir consultas por parte de trabajadores capacitados y especializados en diálisis para verificar cómo va con la diálisis en el hogar, para ayudar en casos de emergencia y para revisar su equipo para diálisis y el suministro de agua)		Usted paga el 20 % de coseguro por servicios de diálisis cubiertos por Medicare en un centro de diálisis certificado por Medicare cuando se encuentra temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Ciertos medicamentos para diálisis están cubiertos por la Parte B de Medicare. Para obtener información sobre la cobertura del beneficio de medicamentos de la Parte B, consulte los **medicamentos de la Parte B de Medicare** en esta tabla**.**		
Servicios en un centro de atención de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) (En el Capítulo 12 de este documento, encontrará una definición de "centro de atención de enfermería especializada", que suele denominarse SNFs.) Para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare, tiene cobertura de 100 días por período 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	No es necesario estar hospitalizado antes de la admisión. $0 de copago por día para los días 1 a 20; $217 de copago por día para los días 21 a 100 para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare. Estos son los montos de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Gold Kidney Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.	No es necesario estar hospitalizado antes de la admisión. $0 de copago por día para los días 1 a 20; $217 de copago por día para los días 21 a 100 para hospitalizaciones en un SNF cubiertas por Medicare. Estos son los montos de costo compartido para 2026 y pueden cambiar para 2027. Gold Kidney Health Plan proporcionará las tarifas actualizadas en www.goldkidney.com tan pronto como estén disponibles.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
almacenamiento y administración. La cobertura de sangre entera y concentrado de glóbulos rojos (así como otros componentes de la sangre) comienza con la primera pinta de sangre que necesite. • Suministros médicos y quirúrgicos que habitualmente proveen los SNF • Análisis de laboratorio que habitualmente se efectúan en los SNF • Radiografías y otros servicios de radiología que habitualmente se efectúan en los SNF • Uso de aparatos, como sillas de ruedas, que habitualmente proveen los SNF • Servicios de médicos o profesionales Generalmente, recibe la atención en los SNF de los centros de la red. En determinadas condiciones que se detallan más abajo, es posible que pueda 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 hogar de ancianos o una comunidad de atención continua para los jubilados donde estaba viviendo justo antes de ir al hospital (siempre que brinde los		

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
servicios de un centro de atención de enfermería especializada) • Un SNF donde su cónyuge o pareja doméstica esté viviendo en el momento en que usted se retire del hospital Es posible que se requiera autorización previa para hospitalizaciones en los SNF cubiertas por Medicare.		
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 pacientes ambulatorios y hospitalizados que cumplen con estos criterios: • Consumen tabaco, independientemente de si muestran signos o síntomas de enfermedad relacionada con el tabaco. • Son competentes y están alertas durante el asesoramiento. • Un médico calificado u otro profesional reconocido por Medicare brinda asesoramiento Cubrimos 2 intentos para dejar de fumar por año (cada intento puede incluir un máximo de 4 sesiones intermedias o intensivas, y el paciente recibe hasta 8 sesiones por año.)	No se requiere coseguro, copago ni deducible para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.	30 % de coseguro para los beneficios preventivos para dejar de fumar y de consumir tabaco cubiertos por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas Estos beneficios están disponibles solo para miembros elegibles con enfermedades crónicas cuando se determina que el beneficio específico cumple con las expectativas razonables de mejorar la salud o la función general del miembro. Usted debe tener trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes mellitus, y participar en los programas de manejo de casos del Plan para recibir estos beneficios **Asignación para alimentos y productos saludables mensuales*** Asignación mensual de $100 que se utilizará para la compra de alimentos/productos saludables o comidas preparadas de comerciantes participantes del plan. La asignación no utilizada no se transfiere al mes siguiente. **Teléfono inteligente y plan de datos*** Teléfono inteligente y paquete de datos para miembros elegibles que acepten participar en los servicios de administración de la atención que proporciona el plan de salud y sus socios. **Asignación trimestral para artículos de venta libre (over-the-counter, OTC) y servicios públicos***	$0 de copago para beneficios complementarios especiales para pacientes con enfermedades crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
Asignación trimestral de $100 que se utilizará para la compra de OTC o para pagar los servicios públicos. La asignación no utilizada no se transfiere al siguiente trimestre. Es posible que se requiera autorización previa para artículos de venta libre (OTC)		
Tratamiento con ejercicios supervisados (Supervised exercise therapy, SET) La SET está cubierta para miembros que tienen enfermedad arterial periférica (peripheral artery disease, PAD) sintomática. 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 ambulatorios o en el consultorio de un médico • Proporcionarse por el personal auxiliar calificado necesario para garantizar que los beneficios superen a los daños, y que esté capacitado en kinesioterapia para	20 % de coseguro por cada consulta del programa de SET cubierta por Medicare.	30 % de coseguro por cada consulta del programa de SET cubierta por Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
la PAD • Estar bajo la supervisión directa de un médico, asistente médico (PA), enfermero practicante o especialista (NP) en enfermería clínica (CNS), que debe estar capacitado en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada 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. Es posible que se requiera autorización previa para el tratamiento con ejercicios supervisados (SET).		
Apoyo para cuidadores Cubrimos la capacitación para cuidadores de miembros con demencia u otras afecciones que afectan la memoria. La capacitación y la educación se brindan a través de un programa de Navegación de la Atención para ayudar a los cuidadores a respaldar la salud, la seguridad y el cuidado diario del miembro. La capacitación y la educación pueden incluir: • Comprender la demencia, las afecciones de salud relacionadas y los cambios en el comportamiento.	$0 de copago por capacitación para cuidadores.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
• Ayudar con las actividades diarias, como bañarse, vestirse, comer y las tareas del hogar. • Seguridad en el hogar y cuándo buscar asistencia de emergencia. • Manejo de los cambios conductuales y emocionales. • Buscar recursos comunitarios y de atención médica, y coordinar con el manejo de la atención. • Apoyar el bienestar del cuidador. Los cuidadores pueden recibir educación individual, guías escritas y capacitación en habilidades en línea o en persona. El equipo de navegación de la atención también puede ayudar a los cuidadores a conectarse con grupos de apoyo y otros recursos comunitarios según sus necesidades. Comuníquese con Servicios para Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener información sobre cómo acceder a este beneficio. No se requiere autorización previa ni remisión.		
Servicios de transporte (de rutina) Los beneficios de transporte están disponibles mediante proveedores de transporte contratados por Gold Kidney a lugares aprobados por el plan. • Las reservas se pueden efectuar con hasta 30 días de anticipación y	$0 de copago por servicios de transporte de rutina.*	Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
pueden necesitar un mínimo de 48 horas de anticipación • Los pedidos regulares (viajes recurrentes) pueden programarse para un período de 90 días • Las cancelaciones deben solicitarse al menos 4 horas antes del viaje programado • Los pedidos permanentes pueden cancelarse después de 3 eventos consecutivos de ausencia del miembro • 22 viajes de ida por año a lugares relacionados con la salud aprobados por el plan en taxi, servicios de transporte compartido, camioneta y transporte médico. Límite de 50 millas por viaje de ida.		
Servicios de urgencia Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera del área de servicio de nuestro plan, o incluso si se encuentra dentro del área de servicio del plan, no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias para obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Nuestro plan debe cubrir los servicios de urgencia y solo le cobrará el costo compartido dentro de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas,	20 % de coseguro, hasta un máximo de $40 por cada consulta cubierta por Medicare.	

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente. La atención de urgencia está cubierta en todo el mundo. Consulte la fila **Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo** para obtener más detalles.		
Atención de la visión Los servicios cubiertos incluyen lo siguiente: • Servicios de médicos para pacientes ambulatorios para el diagnóstico y 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 visión de rutina (refracción de la visión) para anteojos o lentes de contacto • Para las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma, cubrimos una prueba de detección de glaucoma cada año. Las personas que corren un alto riesgo de padecer glaucoma son las personas con antecedentes	**Atención de la visión cubierta por Medicare** $0 de copago por cada examen de la visión para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la visión. $0 de copago por un examen anual de detección de glaucoma. 20 % de coseguro para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.	**Atención de la visión cubierta por Medicare** 30 % de coseguro por cada examen de la visión para diagnosticar y tratar enfermedades y afecciones de la visión. 30 % de coseguro por un examen anual de detección de glaucoma. 30 % de coseguro para un par de anteojos o lentes de contacto después de una cirugía de cataratas.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
familiares de glaucoma, las personas diabéticas, los afroamericanos mayores de 50 años y los hispanoamericanos mayores de 65 años. • 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 incluye la inserción de un lente intraocular si tiene 2 operaciones de cataratas separadas, no puede reservar el beneficio después de la primera cirugía y comprar 2 anteojos después de la segunda cirugía		
Los beneficios adicionales incluyen:		
Usted recibe un examen de la vista de rutina cada año. Puede elegir lentes para anteojos con un subsidio de $300 para monturas o un subsidio de $115 para lentes de contacto electivos en lugar de anteojos. El subsidio para lentes de contacto incluye la adaptación/evaluación y los lentes de contacto. Los lentes de contacto médicamente necesarios están cubiertos en su totalidad Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red de VSP. Los detalles están disponibles en	$0 de copago por cada consulta de examen de la visión de rutina.* Asignación de $300 para marcos O $115 para lentes de contacto (en lugar de anteojos) por año $0 de copago por anteojos de rutina.* $0 de copago por lentes de anteojos de rutina.* $0 de copago por marcos de anteojos de rutina.*	Sin cobertura. Sin cobertura.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
www.vsp.com o llamando al 833-622-7950. • Exámenes de la visión de rutina: 1 examen por año incluye refracción • Un par de lentes por año (o examen de lentes de contacto y lentes de contacto en su lugar) • Lentes cubiertos: Monofocales, bifocales con línea y trifocales con línea	$0 de copago por lentes de contacto de rutina.* Usted es responsable de todos los costos que superen el subsidio para marcos o el subsidio para lentes de contacto electivos. Los lentes de contacto médicamente necesarios están cubiertos en su totalidad y no están limitados al subsidio de $115 para lentes de contacto electivos.	
Consulta preventiva Bienvenido a Medicare Nuestro plan cubre la consulta preventiva única *Bienvenido a Medicare*. La consulta incluye una revisión de su salud, como así también educación y asesoramiento sobre los servicios preventivos que necesita, (incluidas ciertas pruebas de detección e inyecciones [o vacunas]) y derivaciones a otro tipo de atención si fuera necesario. **Importante**: Cubrimos la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare* solo dentro de los primeros 12 meses de tener la Parte B de Medicare. Cuando solicite la cita, infórmele al consultorio del médico que desea programar su	No se requiere coseguro, copago ni deducible para la consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.	30 % de coseguro por la consulta preventiva Bienvenido a Medicare.

Servicio cubierto	Lo que paga Los servicios marcados con "*" no cuentan para el MOOP	
	Dentro de la red	Punto de Servicio (POS)
consulta preventiva *Bienvenido a Medicare*.		
Servicios de atención de urgencia y emergencia en todo el mundo El beneficio incluye lo siguiente: • Atención de emergencia • Atención de urgencia • Servicios de transporte de atención de emergencia/urgencia	Monto máximo de cobertura de beneficios del plan de $75,000 cada año para el beneficio en todo el mundo. Copago de $120 por cada consulta de atención de emergencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.* Copago de $120 por cada consulta de atención de urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.* Copago de $120 por cada servicio de transporte de atención de emergencia/urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios.*	

Tabla de beneficios dentales complementarios

Consulte la tabla anterior para conocer la cobertura máxima del plan y los montos del coseguro de los beneficios. Los beneficios no están cubiertos fuera de la red. Los servicios deben recibirse de proveedores dentro de la red de FCL Dental. Los detalles están disponibles en www.FCLDental.com o llame al (833) 622-5890.

Código	Descripción y frecuencia
Servicios de diagnóstico	
Evaluaciones bucales clínicas (4 evaluaciones por año)	
D0120	Evaluación bucal periódica
D0140	Evaluación bucal limitada
D0150	Evaluación bucal integral: Nueva o establecida
D0160	Evaluación bucal detallada y exhaustiva
D0180	Evaluación periodontal integral
Radiografías/Imágenes de diagnóstico (3 ocurrencias de radiografías de aleta de mordida por año)	
D0210	Intrabucal: Serie completa o radiografías *(1 de (D0210 o D0330) cada 3 años)*
D0220	Intrabucal: Primera película periapical

Código	Descripción y frecuencia
D0230	Intrabucal: Periapical, cada película adicional
D0240	Intrabucal: Película oclusal
D0270	Radiografía de aleta de mordida: Una sola película
D0272	Radiografía de aleta de mordida: Dos películas
D0273	Radiografía de aleta de mordida: Tres películas
D0274	Radiografía de aleta de mordida: Cuatro películas
D0330	Película panorámica *(1 de (D0210 o D0330) cada 3 años)*
Servicios preventivos	
Profilaxis dental	
D1110	Profilaxis para adultos *(2 por año)*
D1206	Aplicación tópica de barniz de flúor *(2 de (D1206 o D1208) por año)*
D1208	Aplicación tópica de flúor, sin incluir el barniz *(2 de (D1206 o D1208) por año)*
Otros servicios preventivos	
D1310	Asesoramiento nutricional para el control de enfermedades *(2 por año)*
D1330	Instrucciones de higiene bucal *(2 por año)*
Servicios de restauración	
Restauraciones (empastes) (4 empastes por año/limitado a 1 por diente por año)	
D2140	Amalgama: Una superficie
D2150	Amalgama: Dos superficies
D2160	Amalgama: Tres superficies
D2161	Amalgama: Cuatro superficies
D2330	Compuesto a base de resina: Una superficie, dientes anteriores
D2331	Empaste compuesto de resina: Dos superficies, dientes anteriores
D2332	Empaste compuesto de resina: Tres superficies, dientes anteriores
D2335	Compuesto a base de resina: Cuatro o más superficies, dientes anteriores
D2391	Compuesto a base de resina: Una superficie, dientes posteriores
D2392	Compuesto a base de resina: Dos superficies, dientes posteriores
D2393	Compuesto a base de resina: Tres superficies, dientes posteriores
D2394	Compuesto a base de resina: Cuatro o más superficies, dientes posteriores
Coronas *** (4 coronas por año/limitadas a 1 por diente cada 5 años)	
D2740	Corona: Porcelana/cerámica
D2750	Corona: Porcelana fundida con alto contenido de metal noble
D2751	Corona: Porcelana fundida con metal base principalmente
D2752	Corona: Porcelana fundida con metal noble
D2790	Corona: Molde completo con alto contenido de metal noble
D2791	Corona: Molde completo de metal base principalmente
D2792	Corona: Molde completo de metal noble
D2950	Reconstrucción del muñón, incluidos las clavijas cuando sea necesario
D2951	Retención con clavija: Por diente, además de la restauración

Código	Descripción y frecuencia
D2952	Espiga y muñón además de la corona
D2953	Cada espiga adicional fabricado indirectamente
D2954	Espiga y muñón prefabricados además de la corona
Endodoncia * *(2 terapias de conducto por año)***	
D3310	Terapia de endodoncia, diente anterior
D3320	Terapia de endodoncia, diente premolar
D3330	Terapia de endodoncia, diente molar
D3346	Repetición de la terapia de conducto radicular anterior, anterior
D3347	Repetición de la terapia de conducto radicular previo, premolar
D3348	Repetición de la terapia de conducto radicular anterior, molar
Periodoncia * **	
Periodoncia no quirúrgica	
D4341	Raspado periodontal y alisado radicular, por cuadrante *(1 por cuadrante cada 2 años)*
D4342	Raspado periodontal y alisado radicular, 1 a 3 dientes *(1 por cuadrante cada 2 años)*
D4346	Raspado en presencia de inflamación gingival generalizada moderada o grave *(1 por año)*
D4355	Desbridamiento de toda la boca para permitir una evaluación periodontal integral *(1 por año)*
Otro servicio periodontal	
D4381	Administración localizada de agentes antimicrobianos
D4910	Mantenimiento periodontal *(2 por año)*
D4921	Irrigación gingival con un agente medicinal, por cuadrante
Cirugía bucal y maxilofacial * *(3 extracciones por año)***	
D7140	Extracción: Diente erupcionado o raíz expuesta
D7210	Extracción: Diente erupcionado que requiere la extracción del hueso o el corte del diente
D7220	Extracción de diente impactado: Tejido blando
D7230	Extracción de diente impactado: Parcialmente óseo
D7240	Extracción de diente impactado: Completamente óseo
D7241	Extracción de diente impactado: Completamente óseo con complicaciones
Servicios generales complementarios *(5 servicios complementarios por año)*	
D9110	Tratamiento paliativo del dolor dental
D9310	Consulta: Servicio de diagnóstico
D9450	Presentación del caso detallada y amplia planificación del tratamiento
D9997	Administración de casos dentales: Paciente con necesidades especiales de atención médica

*** Todos los servicios de corona, endodoncia, periodoncia y extracción requieren autorizaciones previas. El reembolso total no incluye los costos de laboratorio. Los cargos de laboratorio son responsabilidad del miembro. La película panorámica (D0330) puede tomarse en lugar de la serie intrabucal completa (D0210).

SECCIÓN 3 Servicios que no están cubiertos por 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 solo están cubiertos en determinadas circunstancias.

Si usted obtiene servicios que están excluidos (no cubiertos), deberá pagarlos por su cuenta, excepto de acuerdo con las condiciones específicas que se mencionan a continuación. Incluso si recibe los servicios excluidos en una sala de emergencia, los servicios excluidos siguen sin estar cubiertos y el plan no los pagará. La única excepción es si el servicio se apela y se considera, mediante una apelación, como un servicio médico que debería haberse pagado o cubierto debido a su situación específica. (Para obtener información sobre cómo apelar una decisión que hayamos tomado sobre no prestar cobertura para un servicio médico, consulte la Sección 5.3 del Capítulo 9.)

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
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 mama después de una mastectomía, así como también la de la mama no afectada para producir una apariencia simétrica.
Cuidado de custodia El cuidado asistencial es aquel cuidado personal que no requiere la atención continua de personal médico o paramédico capacitado, por ejemplo, ayuda con las actividades de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse	No cubiertos en ninguna situación

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
Procedimientos, equipos y medicamentos médicos y quirúrgicos experimentales Los productos y los procedimientos experimentales son aquellos determinados por Original Medicare que, generalmente, no son aceptados por la comunidad médica	Original Medicare puede cubrirlos en un estudio de investigación clínica aprobado por Medicare o su 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 situación
Atención de enfermería de tiempo completo en su hogar	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de empleada doméstica que incluyen ayuda básica en el hogar, incluso tareas domésticas sencillas o preparación de comidas livianas	No cubiertos en ninguna situación
Servicios de un naturoterapeuta (emplean tratamientos naturales o alternativos)	No cubiertos en ninguna situación
Zapatos ortopédicos o dispositivos de apoyo para los pies	Los zapatos que sean parte de un soporte de pierna y estén 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 situación
Habitación privada en el hospital	Solo se cubre cuando es médicamente necesario.
Reversión de procedimientos de esterilización o suministros de anticonceptivos sin receta	No cubiertos en ninguna situación
Servicios considerados no razonables ni necesarios, según las normas de Original Medicare	No está cubierto, excepto por los beneficios suplementarios cubiertos específicamente por nuestro plan, tal como se describe en la Tabla de beneficios médicos en la Sección 2 de este

Servicios no cubiertos por Medicare	Cubiertos solo en situaciones específicas
	capítulo. Se aplican los requisitos y límites de beneficios correspondientes.

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

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

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

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

- Debe pedirle a un proveedor (médico, dentista u otra persona autorizada a dar recetas) que escriba su receta, que debe ser válida de acuerdo con las leyes estatales correspondientes.
- La persona autorizada a dar recetas no debe estar en las Listas de Exclusión o Preclusión de Medicare.
- Por lo general, debe usar una farmacia de la red para surtir su receta (vaya a la Sección 2) o puede surtir su receta mediante el servicio de pedido por correo de nuestro plan.
- Y Su medicamento debe estar en la Lista de medicamentos de nuestro plan (vaya a la Sección 3).
- Su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. Una “indicación médicamente aceptada” es un uso del medicamento que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos o avalado por ciertas referencias. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 3.)
- Es posible que su medicamento requiera la aprobación de nuestro plan en función de ciertos criterios antes de que aceptemos cubrirlo. (Vaya a la Sección 4 de este capítulo para obtener más información)

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

En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos *solo* si los obtiene en las farmacias de la red de nuestro plan. (Para obtener más información sobre cuándo cubrimos los medicamentos con receta que obtiene en farmacias fuera de la red, consulte la Sección 2.4)

Una farmacia de la red es aquella que ha celebrado un contrato con nuestro plan para proporcionar los medicamentos con receta cubiertos. El término “medicamentos cubiertos” significa todos los medicamentos de la Parte D que están en la Lista de medicamentos de nuestro plan.

Sección 2.1 Farmacias de la red

Encontrar una farmacia de la red en su área

Para encontrar una farmacia de la red, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, consulte nuestro sitio web www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/, o llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Puede ir a cualquiera de las farmacias de la red.

Si su farmacia abandona la red

Si la farmacia que utiliza deja de pertenecer a la red de nuestro plan, tendrá que encontrar una nueva farmacia dentro de la red. Para encontrar otra farmacia en su área, obtenga ayuda de Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o use el *Directorio de proveedores y farmacias*. También puede encontrar información en nuestro sitio web en www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/.

Farmacias especializadas

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

- Farmacias que proveen medicamentos para tratamientos de infusión en el hogar.
- Farmacias que suministran medicamentos para residentes de un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC). Por lo general, un LTC (como un hogar de ancianos) tiene su propia farmacia. Si tiene dificultades para obtener medicamentos de la Parte D en un LTC, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

- Farmacias que brindan servicios al Servicio de salud indígena/Programa de salud tribal/Programa de salud indígena urbano (no disponible en Puerto Rico). Salvo en caso de emergencia, solo los indios estadounidenses o los nativos de Alaska tienen acceso a estas farmacias dentro de la red.
- Farmacias que proveen medicamentos limitados por la FDA para ciertos lugares o que requieren un manejo especial, la coordinación del proveedor o el aprendizaje sobre su uso. Para encontrar una farmacia especializada, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias* en www.goldkidney.com/pharmacy-search-forms/ o llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 2.2 Cómo utilizar el servicio de pedido por correo del plan

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

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

Para obtener información sobre cómo surtir sus recetas por correo, comuníquese con Servicios para los Miembros al 1-844-294-6535 (TTY 711) o acceda a recursos y formularios en www.goldkidney.com/covered-drugs/.

Por lo general, el pedido a la farmacia que brinda el servicio de pedido por correo se le enviará en 10 días como máximo. Si se retrasa, llame a Servicios para los Miembros de la Parte D al 1-888-672-7206.

Nuevas recetas que la farmacia recibe directamente del consultorio de su médico. Después de que la farmacia recibe una receta de un proveedor de atención médica, se pondrá en contacto con usted para determinar si desea que le proporcionen el medicamento de inmediato o más adelante. Es importante responder cada vez que la farmacia lo contacte para informar si la nueva receta se debe enviar, atrasar o detener.

Resurtidos de recetas medicamentos con receta de pedido por correo. Para resurtir sus medicamentos, usted tiene la opción de inscribirse en un programa de resurtido automático. En este programa, comenzamos a procesar su siguiente resurtido automáticamente cuando nuestros registros muestren que se está por quedar sin el medicamento. La farmacia se comunicará con usted antes del envío de cada resurtido para asegurarse de que necesite más medicamento. Usted puede

cancelar los resurtidos si tiene suficiente medicamento o si el medicamento ha cambiado.

Si usted elige no usar nuestro programa de resurtido automático, pero desea que la farmacia de pedido por correo le envíe su receta, póngase en contacto con su farmacia 14 días antes de que su receta actual se acabe. Esto asegurará que su pedido se le envíe a tiempo.

Para excluirse de nuestro programa que prepara automáticamente resurtidos de pedidos por correo, comuníquese con nosotros al 1-866-909-5170 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Sección 2.3 Cómo obtener un suministro de medicamentos a largo plazo

Cuando obtiene un suministro de medicamentos a largo plazo, su costo compartido puede ser menor. Nuestro plan ofrece 2 formas de obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido) de medicamentos de mantenimiento en la Lista de medicamentos del plan. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o a largo plazo.)

1. Algunas farmacias minoristas de nuestra red le permiten obtener un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento a un monto de costo compartido inferior. Es posible que otras farmacias minoristas no estén de acuerdo con los montos de costo compartido menores. En este caso, usted tendrá que pagar la diferencia. Su *Directorio de proveedores y farmacias* www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/ le indica qué farmacias de nuestra red pueden proporcionarle un suministro a largo plazo de medicamentos de mantenimiento. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.
2. También puede recibir medicamentos de mantenimiento mediante nuestro programa de pedidos por correo. Consulte la Sección 2.2 para obtener más información.

Sección 2.4 Cómo usar una farmacia que no forma parte de la red de nuestro plan

Por lo general, cubrimos los medicamentos que se obtienen en una farmacia fuera de la red *solo* si no puede utilizar una farmacia de la red. También contamos con farmacias de la red fuera del área de servicio, en las que puede obtener los medicamentos con receta como miembro de nuestro plan. **Consulte primero con Servicios para los Miembros al**

844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para ver si hay una farmacia de la red cerca.

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

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

Generalmente, si debe usar una farmacia fuera de la red, deberá pagar el costo total (y no la parte normal que le corresponde) en el momento en que surta la receta. Puede solicitarnos que le reembolsemos la parte que nos corresponde pagar del costo del medicamento. (Consulte la Sección 2 del Capítulo 7 para obtener información sobre cómo solicitarle un reembolso a nuestro plan). Es posible que deba pagar la diferencia entre lo que paga por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el costo que cubriríamos en una farmacia dentro de la red.

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

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

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

Nuestro plan, con la colaboración de médicos y farmacéuticos, selecciona los medicamentos de la lista. La lista cumple con los requisitos de Medicare y ha sido aprobada por Medicare.

La Lista de medicamentos solo muestra los medicamentos que están cubiertos por la Parte D de Medicare.

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

- Aprobado por la FDA para el diagnóstico o afección para la que fue recetado.

- O bien, avalado por ciertas referencias, como información de medicamentos del servicio de formulario hospitalario estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

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

Un medicamento de marca es un medicamento con receta que se vende bajo una marca registrada propiedad del fabricante del medicamento. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos habituales. En la Lista de medicamentos, cuando nos referimos a medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico.

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

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

Medicamentos que no están en la Lista de medicamentos

Nuestro plan no cubre todos los medicamentos con receta.

- En algunos casos, la ley no permite que ningún plan de Medicare cubra ciertos tipos de medicamentos. (Para obtener más información, consulte la Sección 7).
- En otros casos, decidimos no incluir en nuestra Lista de medicamentos un medicamento en particular.
- En algunos casos, es posible que pueda obtener un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos. (Consulte el Capítulo 9 para obtener más información).

Sección 3.2 Cómo puede averiguar si un medicamento específico está en la Lista de medicamentos

Para averiguar si un medicamento está en nuestra Lista de medicamentos, tiene estas opciones:

- Consulte la Lista de medicamentos más reciente que le enviamos por correo electrónico.
- Consulte el sitio web de nuestro plan (www.goldkidney.com/covered-drugs/). La Lista de medicamentos en el sitio web siempre es la más actualizada.
- Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber si un medicamento en particular está incluido en la Lista de medicamentos de nuestro plan o para pedir una copia de la lista.
- Utilice la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan en www.goldkidney.com/covered-drugs/ para buscar medicamentos en la Lista de medicamentos para obtener una estimación de lo que pagará y ver si hay medicamentos alternativos en la Lista de medicamentos que podrían tratar la misma afección. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

SECCIÓN 4 Medicamentos con restricciones en la cobertura

Sección 4.1 Por qué algunos medicamentos tienen restricciones

Para ciertos medicamentos con receta, existen normas especiales que restringen cómo y cuándo nuestro plan los cubre. Un equipo de médicos y farmacéuticos desarrollaron estas normas para alentarlo a usted y a su proveedor a usar los medicamentos de la forma más eficaz. Para averiguar si alguna de estas restricciones se aplica a un medicamento que está tomando o desea tomar, consulte la Lista de medicamentos.

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

Tenga en cuenta que a veces un medicamento puede aparecer más de una vez en nuestra Lista de Medicamentos. Esto se debe a que los mismos medicamentos pueden variar en función de la concentración, la cantidad o la forma del medicamento recetado por su proveedor de atención médica, y pueden aplicar distintas restricciones o costos compartidos a las distintas versiones del

medicamento (por ejemplo, 10 mg en comparación con 100 mg, uno por día en comparación con 2 por día, comprimido en comparación con líquido).

Sección 4.2 Tipos de restricciones

Si hay una restricción para su medicamento, por lo general significa que usted o su proveedor deben seguir pasos adicionales para que nosotros cubramos el medicamento. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para saber qué pueden hacer usted o su proveedor para obtener cobertura para el medicamento. **Si desea pedirnos que eliminemos la restricción, tiene que usar el proceso de decisiones de cobertura para solicitarnos una excepción.** Podemos estar o no de acuerdo en eliminar la restricción. (Consulte al Capítulo 9.)

Obtener la aprobación del plan por adelantado

Para determinados medicamentos, usted o su proveedor deben obtener la autorización de nuestro plan, según criterios específicos, antes de que aceptemos cubrir el medicamento. Esto se conoce como **autorización previa**. Esto se implementa para garantizar la seguridad de los medicamentos y ayudar a guiar el uso adecuado de ciertos medicamentos. Si no obtiene esta autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento. Los criterios de autorización previa de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.goldkidney.com/covered-drugs/.

Probar un medicamento diferente primero

Este requisito hace que usted trate de utilizar medicamentos menos costosos, pero generalmente igual de eficaces antes de que nuestro plan le brinde cobertura para otro medicamento. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan la misma afección y el medicamento A es menos costoso, nuestro plan puede requerir que pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no le funciona, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B. Este requisito de probar primero un medicamento diferente se denomina **terapia escalonada**. Los criterios de terapia escalonada de nuestro plan se pueden obtener llamando a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o en nuestro sitio web www.goldkidney.com/covered-drugs/.

Límites en la cantidad

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

SECCIÓN 5 Qué puede hacer si uno de sus medicamentos no está cubierto de la manera que le gustaría

Existen situaciones en las que un medicamento con receta que toma, o que usted y su proveedor creen que debe tomar, no está en nuestra Lista de medicamentos o tiene restricciones. Por ejemplo:

- El medicamento puede no estar cubierto en absoluto. O es posible que una versión genérica del medicamento tenga cobertura, pero la versión de marca que desea tomar no está cubierta.
- El medicamento está cubierto, pero se aplican normas o restricciones adicionales respecto de la cobertura.

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

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

Puede obtener un suministro temporal

Bajo ciertas circunstancias, nuestro plan debe proporcionar un suministro temporal de un medicamento que ya está tomando. Este suministro temporal le da tiempo para consultar con su proveedor acerca del cambio.

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

- **Si es un miembro nuevo**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** de su membresía en nuestro plan**.**
- **Si estuvo en nuestro plan el año anterior**, cubriremos un suministro temporal de su medicamento durante los primeros **90 días** del año calendario.
- Este suministro temporal será para un máximo de 30 días. Si su receta está escrita para menos días, permitiremos que haga surtidos múltiples hasta un máximo de 30 días del medicamento. El medicamento con receta debe obtenerse en una farmacia de la red. (Tenga en cuenta que la farmacia de atención a largo plazo puede

proporcionarle el medicamento en menores cantidades por vez para evitar el desperdicio.)

- Para los miembros que han sido miembros de nuestro plan por más de 90 días y viven en un centro de atención a largo plazo y necesitan un suministro de inmediato**:** Cubriremos un suministro de emergencia de un medicamento en particular para 31 días, o menos si su receta es para menos días. Esto es complementario al suministro temporal anteriormente mencionado.

Si tiene preguntas sobre un suministro temporal, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Opción 1. Puede cambiar a otro medicamento

Hable con su proveedor para ver si hay un medicamento diferente cubierto por nuestro plan que podría funcionar igual de bien para usted. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida una lista de medicamentos cubiertos que traten la misma afección. Esta lista puede ayudar a su proveedor a encontrar un medicamento cubierto que funcione para usted.

Opción 2. Puede solicitar una excepción

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

Si es actualmente un miembro y el medicamento que toma se retirará del formulario o tendrá algún tipo de restricción el próximo año, le informaremos sobre cualquier cambio antes del nuevo año. Puede solicitar una excepción antes del próximo año y le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibir su solicitud (o declaración de respaldo de su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas). Si aprobamos su solicitud, autorizaremos la cobertura del medicamento antes de que el cambio entre en vigencia.

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

SECCIÓN 6 Nuestra Lista de medicamentos puede sufrir modificaciones durante el año

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

- **Añadir o eliminar medicamentos de la Lista de Medicamentos**
- **Agregar o quitar una restricción respecto de la cobertura de un medicamento**
- **Sustituir un medicamento de marca por una versión genérica del medicamento**
- **Sustituir un producto biológico original por una versión biosimilar intercambiable del producto biológico**

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

Información sobre cambios en la cobertura de medicamentos

Cuando se efectúan cambios en la Lista de medicamentos, publicamos información en nuestro sitio web sobre esos cambios. También actualizamos nuestra Lista de medicamentos en línea regularmente. A veces, recibirá un aviso directo si se hacen cambios en un medicamento que toma.

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

- Agregar medicamentos nuevos a la Lista de medicamentos e inmediatamente eliminar o hacer cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.
    - Cuando agreguemos una nueva versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar inmediatamente un medicamento similar de la Lista de medicamentos, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará con las mismas restricciones o menos.
    - Llevaremos a cabo estos cambios inmediatos solo si agregamos una nueva versión genérica de una marca o si agregamos ciertas nuevas versiones

biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.

  - Podemos efectuar estos cambios inmediatamente y decírselo más adelante, incluso si toma el medicamento que quitamos o sobre el que estamos efectuando cambios. Si está tomando el medicamento similar en el momento en el que efectuamos el cambio, le informaremos sobre los cambios específicos que hagamos.

- **Agregar medicamentos a la Lista de medicamentos y eliminar o efectuar cambios en un medicamento similar en la Lista de medicamentos.**
  - Cuando agreguemos otra versión de un medicamento a la Lista de medicamentos, podemos eliminar un medicamento similar de la Lista de medicamentos, agregar nuevas restricciones, o ambas cosas. La nueva versión del medicamento estará con las mismas restricciones o menos.
  - Llevaremos a cabo estos cambios solo si agregamos una nueva versión genérica de un medicamento de marca o si agregamos ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original que ya estaba en la Lista de medicamentos.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que efectuemos el cambio, o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido para 30 días de la versión del medicamento que está tomando.
- **Eliminar medicamentos no seguros y otros medicamentos en la Lista de medicamentos que se retiran del mercado.**
  - A veces, un medicamento puede considerarse no seguro o retirarse del mercado por otra razón. Si esto ocurre, podremos eliminar inmediatamente el medicamento de la Lista de medicamentos. Si toma ese medicamento, le informaremos después de que llevemos a cabo el cambio.
- **Hacer otros cambios sobre medicamentos de la Lista de medicamentos.**
  - Podemos hacer otros cambios que afecten los medicamentos que esté tomando una vez que el año haya comenzado. Por ejemplo, es posible que hagamos cambios de acuerdo con el recuadro de advertencias de la FDA o las nuevas pautas clínicas reconocidas por Medicare.
  - Le comunicaremos, al menos, 30 días antes de que efectuemos estos cambios,
  - o le informaremos sobre el cambio y cubriremos un resurtido adicional para 30 días del medicamento que está tomando.

Si efectuamos cambios en alguno de los medicamentos que toma, hable con la persona autorizada a dar recetas sobre las opciones que podrían funcionar mejor para usted, incluso cambiar a un medicamento diferente para tratar su afección o solicitar una

decisión de cobertura para satisfacer cualquier nueva restricción sobre el medicamento que toma. Usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos una excepción para continuar cubriendo el medicamento o la versión del medicamento que toma. Para obtener más información sobre cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción, consulte el Capítulo 9.

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

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

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

- Imponemos una nueva restricción en el uso de su medicamento.
- Retiramos su medicamento de la Lista de medicamentos.

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

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

SECCIÓN 7 Tipos de medicamentos que no cubrimos

Se *excluyen* algunos tipos de medicamentos con receta. Esto significa que Medicare no paga estos medicamentos.

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

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

- La cobertura para medicamentos de la Parte D de nuestro plan no puede cubrir un medicamento que estaría cubierto en la Parte A o Parte B de Medicare.
- Nuestro plan no puede cubrir un medicamento comprado fuera de los Estados Unidos o sus territorios.
- Nuestro plan no puede cubrir el uso para una indicación *no autorizada* de un medicamento cuando el uso no está avalado por ciertas referencias, como información de medicamentos del servicio de formulario hospitalario estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex. Uso para una indicación *no autorizada* es cualquier uso distinto al indicado en la etiqueta de un medicamento aprobado por la FDA.

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

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

Si recibe Ayuda adicional para pagar sus medicamentos con receta, esta no pagará los medicamentos que normalmente no están cubiertos. Si tiene una cobertura para medicamentos de Medicaid, el programa Medicaid de su estado puede cubrir algunos medicamentos con receta que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare. Comuníquese con el programa Medicaid de su estado para determinar la cobertura para medicamentos disponible para usted. (Puede encontrar los números de teléfono y la información de contacto de Medicaid en la Sección 6 del Capítulo 2.)

SECCIÓN 8 Cómo surtir una receta

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

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

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

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

Sección 9.1 En un hospital o centro de enfermería especializada para una hospitalización cubierta por nuestro plan

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

Sección 9.2 Como residente en un centro de atención a largo plazo (long-term care, LTC)

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

Consulte el *Directorio de farmacias* www.goldkidney.com/pharmacy-search-forms/ para averiguar si la farmacia del centro LTC o la que utiliza el centro forma parte de nuestra red. Si no es así, o si necesita más información o ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted está en un centro LTC, debemos asegurarnos de que pueda recibir de manera rutinaria sus beneficios de la Parte D mediante nuestra red de farmacias LTC.

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

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

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

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

Nota especial sobre la cobertura acreditable:

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

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

Conserve cualquier aviso sobre cobertura acreditable porque es posible que necesite estos avisos más adelante para demostrar que mantuvo la cobertura acreditable. Si no recibió un aviso sobre la cobertura acreditable, solicite una copia del administrador de beneficios de su empleador o plan de jubilados o del empleador o sindicato.

Sección 9.4 Si se encuentra en un hospicio certificado por Medicare

El hospicio y nuestro plan no cubren el mismo medicamento al mismo tiempo. Si usted está inscrito en un hospicio de Medicare y necesita ciertos medicamentos (p. ej., medicamento contra las náuseas, un laxante, un analgésico o un ansiolítico) que no están cubiertos por el hospicio porque no está relacionado con su enfermedad terminal o sus

afecciones relacionadas, la persona autorizada a dar recetas o su proveedor del hospicio debe notificar a nuestro plan que el medicamento no está relacionado antes de que nuestro plan pueda cubrir el medicamento. Para evitar retrasos en la recepción de estos medicamentos que deberían estar cubiertos por nuestro plan, pregunte a su proveedor de hospicio o persona autorizada a dar recetas que le proporcione un aviso antes de que se surta su receta.

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

SECCIÓN 10 Programas sobre la seguridad y administración de los medicamentos

Llevamos a cabo revisiones sobre los usos de medicamentos para asegurarnos de que nuestros miembros estén recibiendo una atención segura y adecuada.

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

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

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

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

Tenemos un programa que ayuda a garantizar que los miembros usen de manera segura los opioides con receta y otros medicamentos con receta que son mal usados con frecuencia. Este programa se llama Programa de administración de medicamentos (Drug Management Program, DMP). Si utiliza medicamentos opioides que obtiene de diferentes personas autorizadas a dar recetas o farmacias, o si tuvo una sobredosis reciente de opioides, podemos hablar con sus personas autorizadas a dar recetas para asegurarnos de que su uso de los medicamentos opioides sea apropiado y médicamente necesario. Trabajaremos junto con las personas autorizadas a dar recetas y, si decidimos que su uso de los medicamentos opioides o benzodiacepina con receta puede no ser seguro, podemos limitar la manera en que obtiene esos medicamentos. Si lo ubicamos en nuestro DMP, las limitaciones pueden ser las siguientes:

- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta en determinadas farmacias
- Solicitarle que obtenga todos sus medicamentos opioides o benzodiazepina con receta de parte de determinada persona autorizada a dar recetas
- Limitar la cantidad de medicamentos opioides o benzodiazepina que cubriremos para usted

Si planeamos limitar cómo obtiene estos medicamentos o cuánto puede obtener, le enviaremos una carta por adelantado. En la carta, se le indicará si limitaremos la cobertura de estos medicamentos para usted o si se le pedirá que obtenga los medicamentos con receta solo de una persona autorizada a dar recetas o farmacia específicos. Tendrá la oportunidad de informarnos qué personas autorizadas a dar recetas o farmacias prefiere usar, y brindarnos cualquier otra información que considere que es importante que conozcamos. Después de que haya tenido la oportunidad de responder, si decidimos limitar su cobertura para estos medicamentos, le enviaremos otra carta en la que se confirme la limitación. Si considera que nos hemos equivocado o no está de acuerdo con nuestra decisión o con respecto a la limitación que impusimos, usted y la persona autorizada a dar recetas tienen derecho a presentar una apelación. Si presenta una apelación, revisaremos su caso y le comunicaremos una nueva decisión. Si seguimos denegando cualquier parte de su solicitud sobre las limitaciones que se aplican a su acceso a los medicamentos, automáticamente le enviaremos su caso a un revisor independiente fuera de nuestro plan. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte el Capítulo 9.

No se lo colocará en un DMP si usted tiene determinadas afecciones, como dolor relacionado con un cáncer o enfermedad de células falciformes, o si recibe atención en un hospicio, paliativo o de final de vida, o vive en un centro de atención a largo plazo.

Sección 10.2 Programa de manejo de la terapia farmacológica (MTM) para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos

Tenemos un programa que puede ayudar a nuestros miembros con necesidades de salud complejas. Nuestro Un programa se denomina Programa de manejo de la terapia farmacológica (MTM). Este programa es voluntario y gratuito. Un equipo de farmacéuticos y médicos desarrollaron el programa para nosotros para ayudar a garantizar que nuestros miembros aprovechen al máximo el beneficio de los medicamentos que toman.

Algunos miembros que tienen ciertas enfermedades crónicas y toman medicamentos que superan un monto específico de los costos de los medicamentos o se encuentran en un DMP para ayudarlos a usar sus opioides de manera segura, pueden obtener servicios mediante un MTM. Si reúne los requisitos para participar en el programa, un farmacéutico u otro profesional de salud llevará a cabo una revisión integral de todos sus medicamentos. Durante la revisión, puede hablar sobre sus medicamentos, los costos o cualquier problema o pregunta que tenga sobre sus medicamentos con receta y de venta libre. Recibirá un resumen escrito que tiene una lista de tareas recomendadas que incluye los pasos que debe seguir para obtener los mejores resultados de sus medicamentos. También obtendrá una lista de medicamentos que incluirá todos los medicamentos que está tomando, cuánto debería tomar, el momento donde debería tomarlos y la razón por la que los está tomando. Además, los miembros del programa de MTM recibirán información sobre la eliminación segura de medicamentos con receta que sean sustancias controladas.

Es una buena idea hablar con su médico sobre los pasos a seguir recomendados y su lista de medicamentos. Lleve el resumen con usted a su consulta o en cualquier momento que hable con sus médicos, farmacéuticos y otros proveedores de atención médica. Tenga su lista de medicamentos actualizada y llévela con usted (por ejemplo, con su identificación) si concurre al hospital o a la sala de emergencias.

Si tenemos un programa que se ajuste a sus necesidades, lo inscribiremos automáticamente en él y le enviaremos la información. Si usted decide no participar, notifíquelo y retiraremos su participación. Si tiene preguntas sobre este programa, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

CAPÍTULO 6: Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

SECCIÓN 1 Lo que paga por los medicamentos de la Parte D

Si participa en un programa que lo ayuda a pagar sus medicamentos, **parte de la información de esta** *Evidencia de Cobertura* **sobre los costos de los medicamentos con receta de la Parte D no se aplica en su caso.** Le enviamos un inserto separado, que se denomina *Cláusula adicional a la Evidencia de Cobertura para las personas que reciben Ayuda adicional para pagar los medicamentos con receta*, también denominada *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS), o Cláusula LIS*, que le informa sobre la cobertura para sus medicamentos. Si no posee este inserto, comuníquese con Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida la *Cláusula adicional para subsidio por bajos ingresos*.

En este capítulo usamos el término "medicamento" en el sentido de un medicamento con receta de la Parte D. No todos los medicamentos son medicamentos de la Parte D. Algunos medicamentos están cubiertos por la Parte A o la Parte B de Medicare y otros medicamentos están excluidos de la cobertura de Medicare por ley.

Para comprender la información de pago, usted necesita saber qué medicamentos están cubiertos, dónde obtener sus medicamentos con receta y cuáles son las normas que debe seguir cuando recibe sus medicamentos cubiertos. El Capítulo 5 explica estas reglas. Cuando utiliza la "Herramienta de beneficios en tiempo real" de nuestro plan para buscar cobertura de medicamentos (www.goldkidney.com/covered-drugs/), el costo que ve muestra una estimación de los costos de bolsillo que se espera que pague. También puede obtener información de la "Herramienta de beneficios en tiempo real" llamando a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 1.1 Tipos de costos que puede llegar a tener que pagar de su bolsillo por los medicamentos cubiertos

Existen 3 tipos diferentes de costos de bolsillo para los medicamentos cubiertos de la Parte D que se le puede pedir que pague:

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

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

Medicare tiene normas acerca de lo que cuenta y lo que no cuenta como costos que paga de su bolsillo. Estas son las normas que debemos seguir para efectuar un seguimiento de los costos que paga de su bolsillo.

Estos pagos <u>se incluyen</u> en los costos que paga de su bolsillo

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

- El monto que paga por los medicamentos cuando está en las siguientes etapas de pago de medicamentos:
  - La Etapa del deducible
  - La Etapa de cobertura inicial
- Cualquier pago que efectuó durante este año calendario como miembro de otro plan de medicamentos de Medicare diferente antes de inscribirse en nuestro plan
- Cualquier pago por sus medicamentos efectuado por familiares o amigos
- Cualquier pago efectuado por sus medicamentos mediante la Ayuda Adicional de Medicare, los planes de salud del empleador o sindicato, los servicio de salud indígena, el Programa de asistencia de medicamentos para el SIDA y la mayoría de las organizaciones benéficas

Paso a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas:

Cuando usted (o los que pagan en su nombre) haya pagado de su bolsillo un total de $2,400 en el año calendario, pasa de la Etapa de cobertura inicial a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

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

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

- Su prima mensual del plan
- Medicamentos que compra fuera de los Estados Unidos y sus territorios
- Medicamentos que nuestro plan no cubre
- Medicamentos que obtiene en una farmacia fuera de la red que no cumplen con los requisitos de nuestro plan para la cobertura fuera de la red
- Medicamentos que no pertenecen a la Parte D, incluidos los medicamentos con receta y vacunas cubiertos por la Parte A o la Parte B y otros medicamentos excluidos de la cobertura por Medicare
- Pagos que usted efectúa por medicamentos que normalmente no están cubiertos en un plan de medicamentos de Medicare
- Pagos de sus medicamentos efectuados por ciertos planes de seguro y programas de salud financiados por el gobierno, como TRICARE y la Administración de Salud para Veteranos (VA)
- Pagos por sus medicamentos efectuados por un tercero con la obligación legal de pagar los costos de los medicamentos con receta (por ejemplo, compensación laboral)
- Pagos efectuados por los fabricantes de medicamentos conforme al Programa de Descuentos del Fabricante

Recordatorio: Si cualquier otra organización, como las que mencionamos más arriba, paga parte o la totalidad de los costos que paga de su bolsillo por los medicamentos, usted debe informarlo a nuestro plan llamando a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Efectuar un seguimiento de sus costos totales de bolsillo

- El informe de la *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) de la Parte D* que usted recibe incluye el total actual de los costos que paga de su bolsillo. Cuando este monto alcance los $2,400, la *EOB de la Parte D* le indicará que dejó la Etapa de cobertura inicial y pasó a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** Consulte la Sección 3.1 para saber lo que puede hacer para asegurarse de que nuestros registros de lo que ha gastado estén completos y actualizados.

SECCIÓN 2 Etapas de pago de medicamentos para miembros de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

Existen **3 etapas de pago de medicamentos** para su cobertura de medicamentos en Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP). La cantidad que paga por cada medicamento con receta depende de la etapa en la que se encuentre cuando obtenga un medicamento con receta o un resurtido. Los detalles de cada etapa se explican en este capítulo. Las etapas son las siguientes:

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

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

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

- **Costos de bolsillo:** Es el monto que pagó. Esto incluye lo que usted pagó cuando recibe un medicamento cubierto de la Parte D, cualquier pago por sus medicamentos efectuado por su familia o amigos, y cualquier pago efectuado por sus medicamentos por “Ayuda adicional” de Medicare, los planes de salud sindicato o empleador, servicios de salud indígena, programas de asistencia de medicamentos para el sida, organizaciones benéficas y la mayoría de los programas estatales de asistencia farmacéutica (SPAP).
- **Costos totales de los medicamentos:** Este es el total de todos los pagos efectuados por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Incluye lo que nuestro plan pagó, lo que usted pagó y lo que otros programas u organizaciones pagaron por sus medicamentos cubiertos de la Parte D.

Si surtió una o más recetas mediante nuestro plan durante el mes anterior, le enviaremos una *EOB de la Parte D*. La *EOB de la Parte D* incluye lo siguiente:

- **Información para ese mes.** Este informe proporciona los detalles de pago sobre los medicamentos con receta que obtuvo el mes anterior. Muestra el total de costos

de los medicamentos, lo que nuestro plan pagó y lo que usted y otros pagaron en su nombre.

- **Los totales para el año desde el 1 de enero.** Muestra los costos totales de los medicamentos y los pagos totales por sus medicamentos desde el inicio del año.
- **Información sobre los precios de los medicamentos.** Muestra el precio total del medicamento e información sobre cambios en el precio desde el primer resurtido para cada reclamación de medicamento con receta de la misma cantidad.
- **Medicamentos con receta alternativos disponibles a un costo más bajo.** Esto incluye información sobre otros medicamentos con menor costo compartido disponibles para cada reclamación de medicamento con receta, si corresponde.

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

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

- **Muestre su tarjeta de miembro cada vez que obtenga un medicamento con receta.** Esto ayuda a que sepamos acerca de los medicamentos con receta que está obteniendo y lo que está pagando.
- **Asegúrese de que tengamos la información que necesitamos.** En ocasiones, es posible que pague el costo total de un medicamento con receta. En estos casos, no recibiremos automáticamente la información que necesitamos para mantener el seguimiento de los costos que paga de su bolsillo. Para ayudarnos a mantener un registro de los costos que paga de su bolsillo, bríndenos copias de sus recibos. **Estos son algunos ejemplos de cuándo debe darnos copias de sus recibos de medicamentos:**
    - Cuando usted compra un medicamento cubierto en una farmacia de la red a un precio especial o con una tarjeta de descuento que no sea parte del beneficio de nuestro plan.
    - Cuando efectúa un copago por los medicamentos proporcionados en virtud de un programa de asistencia al paciente del fabricante del medicamento.
    - Cada vez que compre medicamentos cubiertos en una farmacia fuera de la red o que pague el precio total de un medicamento cubierto en circunstancias especiales.
    - Si se le factura por un medicamento cubierto, puede pedirle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo. Para obtener instrucciones sobre cómo hacerlo, vaya a la Sección 2 del Capítulo 7.

- **Envíenos información sobre los pagos que terceros efectúan por usted.** Los pagos efectuados por otras personas u organizaciones también se tienen en cuenta en los costos que paga de su bolsillo. Por ejemplo, para los costos que paga de su bolsillo, se tienen en cuenta los pagos efectuados por un programa de asistencia de medicamentos para el SIDA (AIDS Drug Assistance Program, ADAP), el servicio de salud indígena y las organizaciones benéficas. Lleve un registro de estos pagos y envíelos para que podamos hacer un seguimiento de sus costos.
- **Revise el informe que le enviamos por escrito.** Cuando reciba la *EOB de la Parte D*, revísela para asegurarse de que la información esté completa y sea correcta. Si considera que algo está incompleto o si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Asegúrese de guardar estos informes.

SECCIÓN 4 La Etapa del deducible

La Etapa del deducible es la primera etapa de pago de la cobertura para medicamentos. Esta etapa comienza cuando surte su primera receta del año. Cuando se encuentra en esta etapa de pago, **debe pagar el costo total de sus medicamentos** hasta que alcance el monto del deducible de nuestro plan, que es de $700 para el 2027. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos ni a la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, incluidas las vacunas contra el herpes zóster, el tétanos y para los viajes. El **costo total** suele ser inferior al precio total habitual del medicamento, ya que nuestro plan ha negociado costos más bajos para la mayoría de los medicamentos en farmacias de la red. El costo total no puede exceder el precio justo máximo más las tarifas de suministro para medicamentos con precios negociados en virtud del Programa de Negociación de Precios de Medicamentos de Medicare.

Una vez que paga $700 por los medicamentos, sale de la Etapa del deducible y pasa a la Etapa de cobertura inicial.

SECCIÓN 5 La Etapa de cobertura inicial

Sección 5.1 Lo que paga por un medicamento depende del medicamento y de dónde obtiene los medicamentos con receta

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

Sus opciones de farmacias

El monto que usted paga por un medicamento está determinado según el lugar donde obtenga el medicamento:

- Una farmacia minorista de la red
- Una farmacia que no es de la red de nuestro plan. Cubrimos medicamentos con receta obtenidos en farmacias fuera de la red solamente en situaciones limitadas. Para obtener información sobre cuándo cubriremos un medicamento con receta obtenido en una farmacia fuera de la red, consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5.
- La farmacia de pedido por correo de nuestro plan

Para obtener más información sobre estas opciones de farmacia y cómo surtir sus recetas, consulte el Capítulo 5 y el *Directorio de proveedores y farmacias* de nuestro plan en www.goldkidney.com/provider-pharmacy-search/.

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

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

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

Nivel	**Costo compartido minorista estándar (dentro de la red)** (suministro de hasta 30 días	**Costo compartido de pedido por correo** (suministro de hasta 30 días)	**Costo compartido de LTC** (suministro de hasta 31 días)	**Costo compartido fuera de la red (La cobertura se limita a ciertas situaciones.** Consulte el Capítulo 5 para obtener más detalles). (suministro de hasta 30 días)
Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Para un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto, usted paga el monto menor entre $35, el 25% del precio justo máximo de Medicare (si corresponde) o el 25% del precio negociado. El deducible no se aplica a los productos de insulina cubiertos.

Para obtener información sobre el costo compartido de las vacunas de la Parte D, consulte la Sección 7 de este capítulo.

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

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

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

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

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

Para algunos medicamentos, puede obtener un suministro a largo plazo (también denominado suministro extendido). Un suministro a largo plazo es un suministro de hasta 100 días.

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

Nivel	Costo compartido minorista estándar (dentro de la red) (Suministro para 100 días)	Costo compartido de pedido por correo (Suministro para 100 días)
Todos los medicamentos cubiertos de la Parte D	25 % de coseguro	25 % de coseguro

Usted no pagará más de $70 por un suministro de hasta 2 meses o $105 por un suministro de hasta 3 meses de cada producto de insulina cubierto, independientemente del nivel de costo compartido, incluso si no ha pagado su deducible.

Si el costo compartido de insulina aplicable calculado según la regla del monto menor es inferior a estos límites, usted paga la cantidad menor.

Sección 5.5 Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo alcancen los $2,400

Usted permanece en la Etapa de cobertura inicial hasta que los costos que paga de su bolsillo totales alcancen los $2,400. Luego pasa a la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas.

La *EOB de la Parte D* que recibió lo ayudará a llevar un registro de lo que usted, nuestro plan y cualquier otro tercero han gastado en usted durante el año. No todos los miembros llegarán al límite de $2,400 que paga de su bolsillo en un año.

Le informaremos cuando alcance este monto. Consulte la Sección 1.2 para obtener información sobre cómo calcula Medicare los costos que paga de su bolsillo.

SECCIÓN 6 La Etapa de cobertura en situaciones catastróficas

Durante la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, no paga nada por los medicamentos cubiertos de la Parte D. Ingresa en la etapa de cobertura en situaciones catastróficas cuando sus gastos de bolsillo alcanzan el límite de $2,400 por año calendario. Una vez que está en la Etapa de cobertura en situaciones catastróficas, se quedará en esta etapa de pago hasta el final del año calendario.

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

SECCIÓN 7 Lo que paga por las vacunas de la Parte D

Mensaje importante sobre lo que le corresponde pagar por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos y están cubiertas por la Parte B. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Puede encontrar estas vacunas en la Lista de medicamentos de nuestro plan. Nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas para adultos de la Parte D sin costo para usted. Consulte la Lista de medicamentos de nuestro plan o llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener detalles sobre la cobertura y los costos compartidos de vacunas específicas.

Hay 2 partes de nuestra cobertura de vacunas de la Parte D:

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

Sus costos para una vacuna de la Parte D dependen de 3 elementos:

1. **Determinar si la vacuna es recomendada para adultos por una organización llamada Comité Asesor o Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).**
   - La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos son recomendadas por el ACIP, y no le cuestan nada.
2. **Dónde obtiene la vacuna.**
   - La vacuna en sí puede ser dispensada por una farmacia o proporcionada por el consultorio del médico.
3. **Quién le administra la vacuna.**
   - Un farmacéutico u otro proveedor pueden administrar la vacuna en la farmacia. O un proveedor puede administrarla en el consultorio del médico.

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

- Cuando obtiene una vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla. Puede solicitarle a nuestro plan que le devuelva la parte que le corresponde pagar del costo. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, esto significa que se le reembolsará el costo total que pagó.

- Otras veces, cuando recibe una vacuna, solo paga su parte del costo de acuerdo con el beneficio de la Parte D. Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada.

A continuación se presentan 3 ejemplos de formas de recibir la administración de una vacuna de la Parte D.

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

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

Situación 2: La vacuna de la Parte D se le administra en el consultorio de su médico.

- Cuando obtiene la vacuna, es posible que deba pagar el costo total tanto de la vacuna en sí como el costo del proveedor por administrarla.
- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier Coaseguro por la vacuna (incluida la administración).

Situación 3: Usted compra la vacuna de la Parte D en sí en la farmacia de la red y la lleva al consultorio de su médico, donde le administraron la vacuna.

- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, no paga nada por la vacuna en sí.
- Para otras vacunas de la Parte D, usted le paga a la farmacia su Coaseguro por la vacuna en sí.
- Cuando su médico le administre la vacuna, es posible que deba pagar el costo total de este servicio.

- Entonces, puede solicitarle a nuestro plan que pague la parte que nos corresponde del costo mediante los procedimientos descritos en el Capítulo 7.
- Para la mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos, se le reembolsará el monto total que pagó. Para otras vacunas de la Parte D, se le reembolsará el monto que pagó menos cualquier Coaseguro por la administración de la vacuna.

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

SECCIÓN 1 Situaciones cuando debe pedirnos que paguemos nuestra parte del costo de los servicios o medicamentos cubiertos

A veces, cuando recibe atención médica o un medicamento con receta, es posible que deba pagar el costo total. Otras veces, se dará cuenta de que paga más de lo que pensaba que debía pagar según las normas de cobertura de nuestro plan o es posible que reciba una factura de un proveedor. En estos casos, puede pedirle a nuestro plan que le devuelva el dinero (reembolsarle). Es su derecho que nuestro plan le reembolse cada vez que usted haya pagado más de la parte que le corresponde del costo por servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan. Puede haber 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 por un importe más alto que la parte que le corresponde del costo compartido. Primero, intente resolver el tema de 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 al proveedor directamente. Si decidimos no pagarla, notificaremos al proveedor. Nunca debe pagar más que los costos compartidos permitidos por el plan. Si se contrata a este proveedor, todavía tiene derecho al tratamiento.

Ejemplos de situaciones en las que puede tener que solicitarle a nuestro plan que le haga un reembolso o que pague una factura que recibió:

1. **Cuando recibió atención médica de emergencia o de urgencia de un proveedor que no pertenece a la red de nuestro plan**

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

   - Usted es responsable de pagar solo su parte del costo de los servicios de emergencia o de urgencia. Los proveedores de emergencia están legalmente obligados a brindar atención de emergencia.
   - Si usted paga el monto total en el momento de recibir la atención, pídanos que le reembolsemos el monto del costo que nos corresponde pagar. Envíenos la factura junto con la documentación de cualquier pago que efectuó.
   - Es posible que reciba una factura del proveedor en la que le pide pagar un monto que usted considera que no debe. Envíenos esa factura junto con la documentación de cualquier pago que ya efectuó.
     - 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 el monto de la parte que nos correspondía.

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

   Los proveedores de la red siempre deben facturar directamente a nuestro plan y pedirle solo su parte del costo. Pero 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 del saldo**. Esta protección (que 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 con el proveedor directamente y resolveremos el problema de facturación.
   - Si ya le pagó una factura a un proveedor de la red, pero cree que pagó demasiado, envíenosla junto con la documentación de cualquier pago que efectuó y pídanos reembolsarle la diferencia entre el monto que pagó y el que debe según nuestro plan.

3. Si está inscrito retroactivamente en nuestro plan

Algunas veces, la inscripción de una persona en nuestro 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 por sus servicios o medicamentos cubiertos después de la fecha de inscripción, puede solicitarnos que paguemos la parte que nos corresponde. Debe enviarnos cierta documentación, como recibos y facturas, para que coordinemos su rembolso.

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

Si acude a una farmacia fuera de la red, es posible que la farmacia no pueda presentarnos la reclamación directamente. Si esto sucede, usted debe pagar el costo total de sus medicamentos con receta.

Guarde su recibo y envíenos una copia cuando nos pida el reembolso de la parte que nos corresponde del costo. Recuerde que solo cubrimos farmacias fuera de la red en circunstancias limitadas. Consulte la Sección 2.4 del Capítulo 5 para obtener información sobre estas circunstancias. Es posible que no le reembolsemos la diferencia entre lo que pagó por el medicamento en la farmacia fuera de la red y el monto que pagaríamos en una farmacia dentro de la red.

5. Cuando paga el costo total de un medicamento con receta porque no lleva con usted su tarjeta de miembro de nuestro plan

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

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

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

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

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

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

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

Puede solicitarnos que le reembolsemos enviándonos una solicitud por escrito. Si envía una solicitud por escrito, envíenos su factura y la documentación de cualquier pago que haya efectuado. Es buena idea hacer una copia de su factura y de los recibos para sus registros. Debe presentarnos su reclamación dentro de un plazo de 1 año a partir de la fecha en que recibió el servicio, artículo o medicamento.

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

No tiene que usar el formulario, pero nos ayudará a procesar la información más rápido. Para procesar una reclamación de reembolso, presente:

- Una copia de la **factura detallada** que muestre todos los servicios recibidos. La factura debe incluir:
    - Nombre del proveedor o proveedor de servicios
    - Dirección del proveedor o proveedor de servicios
    - Número de teléfono del proveedor o proveedor de servicios
    - Número de Identificación Fiscal del Proveedor (TIN)
    - Fecha(s) de servicio

    - Código(s) de diagnóstico
    - Código(s) de procedimiento

  - **Comprobante de pago,** como:

    - Un recibo que demuestre que se realizó el pago, o
    - Documentación que muestre la deducción de la cuenta bancaria del miembro, de la cuenta de tarjeta de crédito u otra fuente de pago.

- Descargue una copia del formulario de nuestro sitio web https://goldkidney.com/member-resources o llame a Servicios para Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario.

Envíe por correo su solicitud de pago junto con las facturas o los recibos de pago a nuestra atención a esta dirección:

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

Para reclamaciones de la Parte D:
MedImpact Healthcare Systems, Inc.
ATTN: Claims (Reimbursements)
P.O. Box 509108
San Diego, CA 92150-9108

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 información adicional. De lo contrario, consideraremos su solicitud y tomaremos una decisión de cobertura.

- Si decidimos que la atención médica o el medicamento están cubiertos y que usted ha seguido todas las normas, pagaremos nuestra parte del costo. Es posible que nuestra parte del costo no sea el monto total que pagó (por ejemplo, si obtuvo un medicamento en una farmacia fuera de la red o si el precio en efectivo que pagó por un medicamento es superior al precio negociado). Si ya pagó por el servicio o medicamento, le enviaremos por correo su reembolso de nuestra parte del costo.

Si aún no ha pagado por el servicio o el medicamento, le enviaremos por correo el pago directamente al proveedor.

- Si tomamos la decisión de *no* cubrir el medicamento o 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 en la que se le explican las razones por las que no le estamos enviando el pago y su derecho a apelar esa decisión.

Sección 3.1 Si le comunicamos que no pagaremos, en su totalidad o en parte, el medicamento o la atención médica, puede presentar una apelación

Si usted piensa que cometimos un error al rechazar su solicitud de pago o no está de acuerdo con el monto que estamos pagando, puede presentar una apelación. Si usted 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, vaya al Capítulo 9.

CAPÍTULO 8:
Sus derechos y responsabilidades

SECCIÓN 1 Nuestro plan debe respetar sus derechos y sensibilidades interculturales

Sección 1.1 **Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y consistente con sus sensibilidades interculturales (en otros idiomas que no sean el español, en braille, en tamaño de letra grande, en otros formatos alternativos, etc.)**

Nuestro plan debe garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos aquellos con dominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad relacionada con la audición o aquellos con antecedentes culturales y étnicos diversos. Los ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros: La disposición de servicios de traducción, servicios de interpretación, 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 otros idiomas que no sean 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 nuestro 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 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de la red de nuestro plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad de nuestro plan ubicar proveedores especializados fuera de la red que le brindarán la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro

plan que cubran un servicio que necesita, llame a nuestro plan para obtener información sobre dónde acudir para obtener este servicio con costos compartidos dentro de la red.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar un reclamo ante nuestro plan al número proporcionado en la Sección 1 del Capítulo 2, titulada "Cómo comunicarse con nosotros para presentar una queja sobre su atención médica o sobre su cobertura para medicamentos con receta". También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

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

Usted tiene derecho a elegir a un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) de la red de nuestro plan que posibilite y coordine los servicios cubiertos. También tiene derecho a consultar a un especialista en salud de la mujer (como un ginecólogo) sin necesidad de obtener una derivación.

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

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

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

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

- Su información de salud personal incluye la información personal que nos suministró cuando se inscribió en este plan, así como sus registros médicos y otra información médica y de salud.
- 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 *Aviso sobre*

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.
- Excepto en las situaciones mencionadas a continuación, si tenemos la intención de suministrarle su información de salud a otra persona que no le brinda atención ni paga por ella, *tenemos la obligación de pedirle a usted, o a alguien que tenga el poder legal de tomar decisiones por usted, su autorización por escrito antes de hacerlo.*
- Hay ciertas excepciones que no nos obligan a obtener antes su permiso por escrito. Estas excepciones están permitidas o son exigidas por la ley.
    - Se nos exige dar a conocer información de salud a agencias del gobierno que controlan la calidad de la atención.
    - Debido a que usted es miembro de nuestro plan mediante Medicare, estamos obligados a brindarle a Medicare su información de salud, incluida la información sobre sus medicamentos de la Parte D. Si Medicare divulga su información para investigación u otros usos, esto se hará de acuerdo con los estatutos y las reglamentaciones federales; por lo general, esto requiere que no se comparta la información que lo identifica de manera única.

Usted puede ver la información en sus registros y saber cómo ha sido compartida con otros

Usted tiene derecho a ver sus registros médicos conservados por nuestro plan y a obtener una copia de sus registros. Estamos autorizados a cobrarle un cargo por hacer las copias. También tiene derecho a pedirnos que agreguemos información o corrijamos sus registros médicos. Si usted nos pide hacer esto, trabajaremos con su proveedor de atención médica para decidir si los cambios deben efectuarse.

Usted tiene derecho a saber cómo se ha compartido su información de salud con otros 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 844-294-6535 (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 Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), usted tiene derecho a que le brindemos varios tipos de información.

Si desea obtener cualquiera de los siguientes tipos de información, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (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 acerca de nuestros proveedores y farmacias de la red.** Tiene derecho a obtener información sobre las calificaciones de los proveedores y las farmacias de nuestra red y cómo les pagamos a los proveedores de nuestra red.
- **Información acerca de su cobertura y las normas que debe seguir para usarla.** Los Capítulos 3 y 4 brindan información sobre los servicios médicos. Los Capítulos 5 y 6 proporcionan información sobre la cobertura para medicamentos de la Parte D.
- **Información sobre los motivos por lo que algo no está cubierto y lo que puede hacer al respecto.** El Capítulo 9 proporciona información sobre el pedido de una explicación por escrito de por qué un servicio médico o un medicamento de la Parte D no tiene cobertura o si su cobertura tiene algún tipo de restricción. El Capítulo 9 también proporciona información sobre cómo pedirnos que cambiemos una decisión, también llamada apelación.

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

Tiene derecho a obtener la información completa de sus médicos 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 médicos acerca de qué tratamiento es mejor para usted, sus derechos son los siguientes:

- **Saber acerca de todas sus opciones.** Tiene el derecho a ser informado acerca de todas las opciones de tratamiento recomendadas para su afección, independientemente de su costo o si son cubiertas por nuestro plan. También incluye la información sobre los programas que nuestro plan ofrece para ayudar a los miembros a administrar sus medicamentos y usarlos de forma segura.

- **Saber acerca de los riesgos.** Usted tiene el derecho a que se le informe sobre los riesgos involucrados en su atención médica. Se le debe informar 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.
- **El derecho a decir "no".** Tiene derecho a negarse a recibir el tratamiento recomendado. Esto incluye el derecho a retirarse de un hospital u otro centro médico, incluso si su médico le aconseja quedarse. También tiene el derecho a dejar de tomar su medicamento. Si rechaza el tratamiento o deja de tomar los medicamentos, usted acepta la responsabilidad plena de lo que le ocurra a su cuerpo como consecuencia de ello.

Usted tiene derecho a dar instrucciones sobre lo que debe hacerse si no puede tomar decisiones médicas por usted 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*, usted puede hacer lo siguiente:

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

Los documentos legales que puede utilizar para dar instrucciones con anticipación para 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 una directiva anticipada para dar instrucciones:

- **Obtenga un formulario.** Puede recibir un formulario de instrucciones anticipadas de su abogado, de un asistente social o puede conseguirlo en algunas tiendas de artículos para oficina. A veces se pueden obtener formularios de instrucciones anticipadas de organizaciones que ofrecen información sobre Medicare. También puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para solicitar los formularios.

- **Complete el formulario y fírmelo.** Independientemente de dónde obtenga este formulario, es un documento legal. Debe considerar solicitarle a un abogado que lo ayude a prepararlo.
- **Entregue copias del formulario a las personas adecuadas.** Entregue una copia del formulario a su médico y a la persona que nombre en el formulario como la persona responsable de tomar las decisiones por usted si usted no puede. Puede darles copias a algunos amigos cercanos o miembros de la familia. Guarde una copia en casa.

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

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

Llenar un formulario de instrucciones anticipadas es su elección (inclusive si desea firmar uno estando en el hospital). Según la ley, nadie puede negarse a brindarle atención ni puede discriminarlo si firmó o no instrucciones anticipadas.

¿Qué pasa si sus instrucciones no se siguen?

Si firma una directiva anticipada y cree que un médico u hospital no siguió las instrucciones que contiene, puede presentar una queja ante Florida Agency for Health Care Administration, Division of Health Quality Assurance, 2727 Mahan Drive, Tallahassee, FL 32308.

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

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

Sección 1.7 Si cree que lo están tratando injustamente o que sus derechos no se respetan

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, llame a la **Oficina de Derechos Civiles** del

Departamento de Salud y Servicios Humanos 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 se le ha tratado con imparcialidad o que sus derechos no han sido respetados, *y no* se trata de discriminación, puede obtener ayuda para tratar el problema que está enfrentando en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local al** 1 800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Llame a Medicare** at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048)

Sección 1.8 Cómo obtener más información sobre sus derechos

Obtenga más información sobre sus derechos en estos lugares:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- **Llame a su SHIP local** al 1 800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)
- **Comuníquese con Medicare**
  - Consulte Medicare.gov para leer la publicación *Derechos y Protecciones de Medicare* (disponible en: Medicare Rights & Protections)
  - Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY 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. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si tiene preguntas.

- **Familiarícese con sus servicios cubiertos y las normas que debe seguir para obtenerlos.** Use esta *Evidencia de Cobertura* para obtener información sobre lo que está cubierto y las normas que debe cumplir para obtener los servicios cubiertos.
  - Los Capítulos 3 y 4 dan detalles sobre sus servicios médicos.
  - Los Capítulos 5 y 6 dan detalles sobre su cobertura de medicamentos de la Parte D.

- **Si, además de nuestro plan, tiene otra cobertura médica u otra cobertura para medicamentos debe comunicárnoslo.** El Capítulo 1 le informa sobre la coordinación de estos beneficios.
- **Dígales al médico y a otros proveedores de atención médica que usted está inscrito en nuestro plan.** Muestre la tarjeta de miembro de nuestro plan cada vez que obtenga atención médica o medicamentos de la Parte D.
- **Permita que sus médicos y otros proveedores lo ayuden dándoles información, haciendo preguntas y efectuando un seguimiento de su atención médica.**
    - Para ayudar a obtener la mejor atención, informe a sus médicos y otros proveedores de salud acerca de sus problemas de salud. Siga las instrucciones y planes de tratamiento que usted y sus médicos acordaron.
    - Asegúrese de que los médicos conozcan todos los medicamentos que toma, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos.
    - Si tiene preguntas, no dude en hacerlas y obtener una respuesta que comprenda.
- **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 médico, hospitales y otras oficinas.
- **Pague lo que debe.** Como miembro del plan, usted es responsable de estos pagos:
    - Usted debe pagar las primas de su plan.
    - Debe continuar pagando una prima por la Parte B de Medicare para seguir siendo miembro de nuestro plan.
    - Para la mayoría de sus servicios médicos o medicamentos cubiertos por nuestro plan, usted debe pagar su parte del costo al recibir el servicio o el medicamento.
    - Si le corresponde pagar una multa por inscripción tardía, debe pagar la multa para mantener su cobertura para medicamentos.
    - Si debe pagar el monto adicional por la Parte D debido a sus ingresos anuales, debe continuar pagando este monto directamente al gobierno para seguir siendo miembro de nuestro plan.
- **Incluso si se muda *dentro* de nuestra área de servicio del 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* de nuestra área de servicio del plan, no puede seguir siendo miembro de nuestro plan.**
- **Si se muda, comuníquelo al Seguro Social (o a la Junta de jubilación de empleados ferroviarios).**

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

SECCIÓN 1 Qué debe hacer si tiene un problema o una inquietud

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

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

Ambos procesos cuentan con la aprobación de Medicare. Cada proceso tiene un conjunto de normas, procedimientos y plazos que usted y nosotros debemos seguir.

La información de este capítulo le ayudará a identificar el proceso correcto que debe utilizar y qué 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 conocidas 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 la información correcta, incluimos estos términos legales cuando damos los detalles para el manejo de determinadas situaciones.

SECCIÓN 2 Dónde obtener más información y asistencia personalizada

Siempre estamos a su disposición para ayudarlo. Incluso si tiene una queja sobre el trato que le damos, estamos obligados a respetar su derecho a presentar una queja. Siempre debe llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener ayuda. En algunas situaciones, es posible que también quiera la ayuda o la orientación de alguien que no tenga relación con nosotros. Dos organizaciones que pueden ayudarle son:

Programa estatal de asistencia sobre seguro médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP)

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

Los servicios ofrecidos por los asesores del SHIP son gratuitos. 800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Medicare

También puede comunicarse con Medicare para obtener ayuda.

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

SECCIÓN 3 Qué proceso utilizar para su problema

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

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

Sí.

Consulte la **Sección 4, Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones.**

No.

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

Decisiones de cobertura y apelaciones

SECCIÓN 4 Una guía de las decisiones de cobertura y las apelaciones

Las decisiones de cobertura y las apelaciones tratan los problemas sobre sus beneficios y la cobertura de su atención médica (servicios, artículos y medicamentos de la Parte B, incluido el pago). Para simplificar las cosas, en general, nos referimos a artículos médicos, servicios y medicamentos de la Parte B de Medicare como **atención médica**. Puede utilizar el proceso de decisión de cobertura y apelaciones para asuntos como determinar si algo está cubierto o no y la forma en que está cubierto.

Solicitar decisiones de cobertura antes de recibir servicios

Si usted 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 la cobertura o con relación al monto que pagaremos por su atención médica. Por ejemplo, si su médico de la red de nuestro plan lo remite a un especialista médico que no está dentro de la red, esta derivación se considera una decisión de cobertura favorable, a menos que su médico de la red pueda demostrar que recibió un aviso de denegación estándar para este especialista médico, o la *Evidencia de Cobertura* deje en claro que el servicio remitido nunca está cubierto para ninguna afección. Usted o su médico también puede contactarnos y pedirnos una decisión de cobertura si su médico no está seguro de si cubriremos un servicio médico particular o nos rehusamos a brindarle la atención médica que usted cree que necesita.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una decisión de cobertura será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de una decisión de cobertura, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

Tomamos una decisión de cobertura cada vez que decidimos lo que está cubierto para usted y cuánto tenemos que pagar. En algunos casos, podríamos decidir si la atención médica no está cubierta o si 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 que reciba un beneficio, puede **apealar** la decisión. Una apelación es una manera formal de solicitarnos que revisemos y cambiemos 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, esto se denomina apelación de Nivel 1. En este tipo de apelación, revisamos la decisión de cobertura que hemos tomado para comprobar si seguimos todas las normas correctamente. Cuando completemos la revisión, le comunicaremos nuestra decisión.

En circunstancias limitadas, una solicitud de una apelación de Nivel 1 será rechazada, lo que significa que no revisaremos la solicitud. Algunos ejemplos de cuándo se rechazará una solicitud incluyen si la solicitud está incompleta, si alguien hace la solicitud en su nombre, pero no está legalmente autorizado para hacerlo, o si usted solicita que se retire su solicitud. Si rechazamos una solicitud de apelación de Nivel 1, enviaremos un aviso en el que se explicará por qué rechazamos la solicitud y cómo solicitar una revisión de la denegación.

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

- No necesita hacer nada para iniciar una apelación de Nivel 2. Las normas de Medicare requieren que enviemos automáticamente su apelación de atención médica al Nivel 2 si no estamos totalmente de acuerdo con su apelación de Nivel 1.
- Para obtener más información sobre las apelaciones de Nivel 2 sobre atención médica, consulte la **Sección 5.4**.
- Las apelaciones de la Parte D se analizan más adelante en la Sección 6.

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

Sección 4.1 Cómo obtener ayuda al pedir una decisión de cobertura o presentar una apelación

Estos son los recursos si decide solicitar algún tipo de decisión de cobertura o apelar una decisión:

- Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711**)**
- **Obtenga ayuda gratuita** de su Programa estatal de asistencia sobre seguro médico
- **Su médico puede efectuar la solicitud por usted.** Si su médico ayuda con una apelación más allá del Nivel 2, debe ser nombrado como su representante. Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite el formulario *de Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.)
    - Para atención médica o medicamentos de la Parte B, su médico puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 para la atención médica en su nombre. Si se rechaza su apelación de Nivel 1, esta se enviará automáticamente al Nivel 2.
    - Para los medicamentos de la Parte D, su médico u otra persona autorizada a dar recetas puede solicitar una decisión de cobertura o una apelación de Nivel 1 en su nombre. Si se deniega su apelación de Nivel 1, su médico o persona autorizada a dar recetas puede solicitar una apelación de Nivel 2.
- **Puede solicitar que alguien actúe en su nombre.** Puede designar a otra persona para que actúe en su nombre como su representante para solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación.
    - Si quiere que un amigo, pariente u otra persona sea su representante, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y pida el formulario de *Nombramiento de representante*. (El formulario también está disponible en el sitio web de Medicare en CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf o en nuestro sitio web en www.goldkidney.com.) Este formulario autoriza a esa persona a actuar en su nombre. El formulario debe estar firmado por usted y por la persona que usted desea 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, su solicitud de apelación será rechazada. Si esto sucede,

le enviaremos un aviso por escrito en el que se explicará su derecho de pedirle a una 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 derivación. Existen grupos que le proporcionarán servicios legales gratuitos si usted reúne los requisitos. Sin embargo, **no es obligatorio que contrate a un abogado** para que pida algún tipo de decisión de cobertura o la apelación de una decisión.

Sección 4.2 Normas y plazos para diferentes situaciones

Existen 4 situaciones diferentes que suponen decisiones de cobertura y apelaciones. Cada situación tiene diferentes reglas y plazos. Proporcionamos detalles para cada una de estas situaciones:

- **Sección 5**: Atención médica: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 6**: Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación
- **Sección 7**: Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto
- **Sección 8**: Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto. (*Se aplica solo a los servicios* de atención médica a domicilio, en un centro de atención de enfermería especializada y servicios en un Centro de rehabilitación integral para pacientes externos [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF])

Si no está seguro de qué información se aplica a usted, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). También puede obtener ayuda o información de su programa 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 nuestra parte del costo de su atención

Sus beneficios de atención médica se describen en el Capítulo 4 de la Tabla de beneficios médicos. En algunos casos, se aplican reglas diferentes a una solicitud de un medicamento

de la Parte B. En esos casos, explicaremos en qué difieren las reglas para los medicamentos de la Parte B de las reglas para los artículos y servicios médicos.

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

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

2. Nuestro plan no autorizará la atención médica que desea brindarle su médico u otro proveedor médico, y usted cree que nuestro plan cubre esa atención**. Solicitar 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 esa atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

4. Recibió y pagó atención médica y cree que nuestro plan debería cubrirla, por lo que quiere solicitar que nuestro plan le reembolse el costo de esta atención. **Enviarnos 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 interrumpirá, y usted cree que esto podría perjudicar o reducir su atención. **Presentar una apelación. Sección 5.3.**

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

Sección 5.2 Cómo solicitar una decisión de cobertura

Términos legales:

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

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

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

Una decisión de cobertura estándar generalmente se toma dentro de los 7 días calendario cuando el artículo o servicio médico está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, 14 días calendario para todos los demás artículos y servicios médicos o 72 horas para los medicamentos de la Parte B. Una decisión de cobertura rápida generalmente se toma dentro de las 72 horas para servicios médicos o 24 horas para medicamentos de la Parte B. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos:

- Puede solicitar cobertura *solamente* para artículos o servicios médicos (no solicitudes de pago de artículos o servicios ya recibidos).
- Puede obtener una decisión de cobertura rápida *solo* si el hecho de recurrir a los plazos estándares podría afectar de forma grave su salud o perjudicar su capacidad de recuperar sus facultades.

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

Si nos pide usted mismo la decisión de cobertura rápida, sin el apoyo de su médico, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida. Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:

- Explica que usaremos los plazos estándar.
- Explica que si su médico pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
- Explica cómo 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: Pídale 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 cobertura para la atención médica que desea. Usted o su médico o su representante pueden hacer esto. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

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

Para las decisiones de cobertura estándar usamos los plazos estándares.

Esto significa que le daremos una respuesta dentro de los 7 días calendario después de recibir su solicitud de un artículo o servicio médico que está sujeto a nuestras reglas de autorización previa. Si su artículo o servicio médico solicitado no está sujeto a nuestras reglas de autorización previa, le daremos una respuesta dentro de los 14 días calendario después de recibir su solicitud. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida su solicitud.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. Le otorgaremos una respuesta a su queja tan pronto como tomemos la decisión. (El proceso para presentar una queja es diferente del proceso de decisiones de cobertura y apelaciones. Consulte la Sección 10 para obtener información sobre las quejas.)

En el caso de las decisiones de cobertura rápida usamos un marco de tiempo acelerado.

Una decisión de cobertura rápida significa que responderemos en un plazo de 72 horas si está solicitando un artículo o servicio médico. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, responderemos en un plazo de 24 horas.

- **No obstante**, si solicita más tiempo o si necesitamos recabar 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 tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- Si considera que *no* deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una *queja rápida*. (Vaya a la Sección 10 para obtener información sobre las 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, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de atención médica que 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 de atención médica se denomina **reconsideración** del plan.

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

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

Por lo general, se presenta una apelación estándar en un plazo de 30 días calendario o 7 días calendario para los medicamentos de la Parte B. Generalmente, una apelación rápida se lleva a cabo dentro de 72 horas.

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

Paso 2: Solicitar a nuestro plan una apelación o una apelación rápida

- **Si solicita una apelación estándar, envíe su apelación estándar por escrito.** También puede solicitar una apelación llamándonos. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Si solicita una apelación rápida, presente su apelación por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debe efectuar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y 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. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una

enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos 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 médico pueden agregar información adicional para sustentar su apelación.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando nuestro plan revisa su apelación, hacemos una revisión cuidadosa de toda la información. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud.
- Recopilaremos más información si la necesitamos, posiblemente contactándonos con usted o su médico.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si no le damos una respuesta en 72 horas (o al final de la extensión del plazo, en caso de que tomemos días adicionales), estamos obligados a enviar automáticamente su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, en el que será revisada por una organización de revisión independiente. La Sección 5.4 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de lo que solicitó**, automáticamente enviaremos 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 una 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 ha recibido, le daremos una respuesta **en un plazo de 7 días calendario** después de recibida su apelación. Le informaremos nuestra decisión antes si su salud así lo exige.
    - Si solicita más tiempo o si necesitamos recabar más información que podría beneficiarlo, **podemos tomarnos hasta 14 días calendario adicionales** si su solicitud es para un artículo o servicio médico. Si nos tomamos días adicionales, se lo notificaremos por escrito. No podemos tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.
    - Si considera que no deberíamos tomar días adicionales, puede presentar una queja rápida. Cuando presenta una queja rápida, le damos una respuesta en un plazo de 24 horas. (Consulte la Sección 10 de este capítulo para obtener información sobre las quejas.)
    - Si no le damos una respuesta para el plazo indicado (o al final de la extensión de tiempo), le enviaremos su solicitud a una apelación del 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 Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos parte o a la totalidad de lo que solicitó**, debemos autorizar o brindar la cobertura en un plazo de 30 días calendario si está solicitando un artículo o servicio médico, o en un **plazo de 7 días calendario** si está solicitando un medicamento de la Parte B.
- **Si nuestro plan rechaza una parte o la totalidad de su apelación**, automáticamente enviaremos 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.

Sección 5.4 El 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 (Independent Review Entity).**

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. 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.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.
- Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre 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** después de haber recibido su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toma días adicionales, le notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando un medicamento de la Parte B.

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

- En el caso de la apelación estándar, si está solicitando un artículo o servicio médico, la organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 **dentro de los 30 días calendario** de haber recibido su apelación. Si está solicitando un medicamento de la Parte B, la organización de revisión independiente debe comunicarle la respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días calendario** después de recibir su apelación.
- Si está solicitando un artículo o servicio médico y la organización de revisión independiente necesita recabar más información que pudiera beneficiarlo, **puede tomar hasta 14 días calendario adicionales**. Si se toma días adicionales, le notificará por escrito. La organización de revisión independiente no puede tomar

tiempo adicional para tomar una decisión si está solicitando 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 artículo o servicio médico**, debemos autorizar la cobertura de atención médica en el plazo de **72 horas** o proporcionar el servicio en el plazo de 14 días calendario de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares**. Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **72 horas** a partir de la fecha en que recibimos la decisión de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de una solicitud de medicamentos de la Parte B**, debemos autorizar o proporcionar el medicamento de la Parte B en un plazo de **72 horas** después de recibida la decisión de la organización de revisión independiente para las **solicitudes estándares.** Para **solicitudes aceleradas**, tenemos **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 están de acuerdo con nosotros en que su solicitud (o parte de ella) para la cobertura de atención médica 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 para lo siguiente:
    - Explicar la decisión.
    - Notificarle sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de atención médica alcanza cierto mínimo. El aviso por escrito que recibe de la organización de revisión independiente le indicará el monto en dólares que debe alcanzar para continuar con el proceso de apelaciones.
    - Explicarle 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 adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3,

los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la apelación de Nivel 2.

- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica los Niveles 3, 4 y 5 de los procesos de apelaciones.

Sección 5.5 Si nos está pidiendo que le paguemos nuestra parte de una factura que recibió por concepto de atención médica

En el Capítulo 7, se describe cuándo es posible que deba solicitar un reembolso o el pago de una factura que recibió de 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 para solicitar un reembolso, nos está pidiendo que tomemos una decisión de cobertura. Para tomar esta decisión, comprobaremos si la atención médica que pagó está cubierta. También comprobaremos si ha seguido las normas para el uso de su cobertura de atención médica.

- **Si aceptamos su solicitud**: Si la atención médica tiene cobertura y siguió las normas, le enviaremos el pago de la parte que nos corresponde del costo en un plazo normalmente dentro de los 30 días calendario, pero a más tardar 60 días calendario después de que recibamos su solicitud. Si aún no ha pagado por la atención médica, le enviaremos el pago directamente al proveedor.
- **Si rechazamos su solicitud**: Si la atención médica *no* está cubierta, o usted *no* siguió todas las normas, no enviaremos el pago. En su lugar, le enviaremos una carta en la que se le informa 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, nos está solicitando que modifiquemos una decisión de cobertura que tomamos cuando rechazamos su solicitud de pago.

Para hacer esta apelación, siga el proceso de apelación de la Sección 5.3. En el caso de apelaciones relacionadas con un reembolso, tenga en cuenta lo siguiente:

- Debemos darle una respuesta en un plazo de 60 días calendario después de haber recibido su apelación. Si nos solicita reembolsarle la atención médica que recibió y pagó, no se le permite solicitar una apelación rápida.
- Si la organización de revisión independiente decide que debemos pagar, debemos enviarle a usted o al proveedor el pago dentro de los 30 días calendario. Si aceptamos su apelación en cualquier etapa del proceso de apelaciones después

del Nivel 2, debemos enviarle el pago que solicitó a usted o al proveedor en un plazo de 60 días calendario.

SECCIÓN 6 Medicamentos de la Parte D: Cómo solicitar una decisión de cobertura o presentar una apelación

Sección 6.1 Qué hacer si tiene problemas para recibir un medicamento de la Parte D o si quiere que le reembolsemos un medicamento de la Parte D

Los beneficios incluyen la cobertura para muchos medicamentos con receta. Para estar cubierto, su medicamento debe ser utilizado para una indicación médicamente aceptada. (Para obtener información sobre una indicación médicamente aceptada, consulte el Capítulo 5). Para obtener detalles sobre los medicamentos, las normas, las restricciones y los costos de la Parte D, consulte los Capítulos 5 y 6. **Esta sección trata solo sobre sus medicamentos de la Parte D.** Para simplificar las cosas, generalmente decimos *medicamento* en el resto de esta sección, en lugar de repetir el *medicamento con receta cubierto para pacientes ambulatorios* o *medicamento de la Parte D* en todo momento. También usamos el término Lista de medicamentos en lugar de *Lista de medicamentos cubiertos* o Formulario.

- Si no sabe si un medicamento está cubierto o si cumple con las normas, puede preguntarnos. Algunos medicamentos requieren que obtenga nuestra aprobación antes de que los cubramos.
- Si su farmacia le dice que su receta no puede presentarse como está escrita, la farmacia le dará un aviso por escrito en el que se explica cómo comunicarse con nosotros para solicitar una decisión de cobertura.

Decisiones y apelaciones de cobertura de la Parte D

Término legal:

Una decisión de cobertura inicial sobre los medicamentos de la Parte D se denomina una **determinación de cobertura.**

Una decisión de cobertura es una decisión que tomamos con respecto a sus beneficios y la cobertura o con relación al monto que pagaremos por los medicamentos. Esta sección le indica lo que puede hacer si se encuentra en cualquiera de las situaciones siguientes:

- Solicitar que cubramos un medicamento de la Parte D que no figura en la Lista de medicamentos de nuestro plan. **Solicitar una excepción. Sección 6.2**

- Pedirnos que no apliquemos una restricción a la cobertura de nuestro plan para un medicamento (como límites en la cantidad de medicamento que puede obtener, criterios de autorización previa o el requisito de probar primero otro medicamento). **Solicitar una excepción. Sección 6.2**
- Solicitar una aprobación previa para un medicamento. **Solicitar una decisión de cobertura. Sección 6.4**
- Pagar por un medicamento con receta que ya ha comprado. **Pedirnos un reembolso. Sección 6.4**

Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura que tomamos, puede apelar nuestra decisión.

Esta sección le indica cómo pedir decisiones de cobertura y cómo solicitar una apelación.

Sección 6.2 Cómo solicitar una excepción

Términos legales:

Pedir cobertura para un medicamento que no está en la Lista de medicamentos se denomina **excepción al formulario**.

Pedir la eliminación de una restricción de cobertura para un medicamento se denomina **excepción al formulario**.

Pedir pagar un precio inferior por un medicamento no preferido cubierto se denomina pedir una **excepción de nivel.**

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

Para que consideremos su solicitud de excepción, su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que explicar las razones médicas por las que necesita que se apruebe la excepción. Estos son 2 ejemplos de excepciones que usted, su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden pedirnos que hagamos:

1. **Cubrir un medicamento de la Parte D que no figura en nuestra Lista de medicamentos.** Si aceptamos cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, deberá pagar el monto del costo compartido que se aplica a los medicamentos del Nivel 4. No puede solicitar que hagamos una excepción respecto del monto de costo compartido que usted debe pagar por el medicamento cuando aceptemos cubrir un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos.

2. **Eliminar una restricción de un medicamento cubierto.** El Capítulo 5 describe las normas o restricciones adicionales que se aplican a ciertos medicamentos en nuestra Lista de Medicamentos.

Sección 6.3 Aspectos importantes que debe saber acerca de pedir excepciones

Su médico debe explicarnos las razones médicas

Su médico o la persona autorizada a dar recetas deben darnos una declaración que explique las razones médicas para solicitar una excepción. Para que tomemos la decisión más rápido, incluya esta información médica de su médico o de la persona autorizada a dar recetas cuando pida la excepción.

Generalmente, nuestra Lista de medicamentos incluye más de un medicamento para tratar una afección en particular. Estas posibilidades diferentes se denominan medicamentos **alternativos**. Si un medicamento alternativo da el mismo resultado que el medicamento que está solicitando y no produce más efectos secundarios ni otros problemas de salud, en general no aprobaremos su solicitud de una excepción.

Podemos aceptar o rechazar su solicitud

- Si aprobamos su solicitud de una excepción, nuestra aprobación normalmente es válida hasta el final de nuestro año del plan. Y será válida mientras su médico siga recetándole el medicamento y mientras ese medicamento siga siendo seguro y eficaz para tratar su afección.
- Si rechazamos su solicitud, puede pedir otra revisión mediante la presentación de una apelación.

Sección 6.4 Cómo solicitar una decisión de cobertura, incluida una excepción

Término legal:

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

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

Las **decisiones de cobertura estándar** se toman en un plazo de **72 horas** después de recibir la solicitud. Las **decisiones de cobertura rápida** se toman en un plazo de **24 horas** después de recibir la solicitud.

***Si su salud lo requiere, pídanos que tomemos una decisión de cobertura rápida. Para obtener una decisión de cobertura rápida, debe cumplir 2 requisitos*:**

- Debe solicitar un medicamento que aún no recibió. (No puede solicitar una decisión de cobertura rápida para que le reembolsemos el costo de un medicamento que ya compró.)
- El hecho de usar los plazos estándares podría afectarle de forma grave o perjudicar su capacidad física.
- **Si su médico o la persona autorizada a dar recetas nos indican que su salud requiere una decisión de cobertura rápida, le daremos automáticamente una decisión de cobertura rápida.**
- **Si solicita una decisión de cobertura rápida por su cuenta, sin el respaldo de su médico ni de otra persona autorizada a dar recetas, decidiremos si su salud requiere que tomemos una decisión de cobertura rápida.** Si no aprobamos una decisión de cobertura rápida, le enviaremos una carta en la que se indique lo siguiente:
    - Explique que usaremos los plazos estándar.
    - Explica que si su médico u otra persona autorizada a dar recetas pide la decisión de cobertura rápida, automáticamente se la proporcionaremos.
    - Le indica cómo 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. Responderemos a su queja en un plazo de 24 horas desde su recepción.

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

Comience por llamar, escribir o enviar un fax a nuestro plan para solicitarnos que autoricemos o brindemos cobertura para la atención médica que desea. También puede acceder al proceso de decisiones de cobertura mediante nuestro sitio web. Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de determinación de cobertura modelo de los CMS* o en nuestro formulario del plan, el cual está disponible en nuestro sitio web www.goldkidney.com. El Capítulo 2 contiene información de contacto. Para ayudarnos a procesar su solicitud, incluya su nombre, la información de contacto y la información que muestra la reclamación denegada por la que se está apelando.

Usted, su médico (u otra persona autorizada a dar recetas) o su representante pueden hacer esto. También puede contratar a un abogado para que actúe en su nombre. La Sección 4 le indica cómo puede darle permiso por escrito a alguien para que actúe como su representante.

- **Si solicita que se haga una excepción, proporcione la declaración de respaldo**, que es el motivo médico de la excepción. Su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden enviarnos la declaración por fax o correo. O su médico o la persona autorizada a dar recetas pueden llamarnos por teléfono y hacer un seguimiento mediante el envío de la declaración escrita, ya sea por fax o por correo, si fuera necesario.

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

Plazos para una decisión de cobertura rápida

- En general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 24 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 24 horas después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- En general, debemos darle una respuesta en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud.
    - En el caso de las excepciones, le daremos una respuesta en un plazo de 72 horas después de recibida la declaración de respaldo de su médico de su solicitud. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos **brindar la cobertura** que aceptamos en un **plazo de 72 horas** después de recibida su solicitud o la declaración del médico que respalda su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una decisión de cobertura estándar sobre el pago de un medicamento que ya compró

- Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
    - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de 14 días calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su solicitud de cobertura, puede presentar una apelación.

- Si rechazamos su solicitud, usted tiene derecho a pedirnos reconsiderar la decisión mediante la presentación de una apelación. Esto significa hacer otro intento para obtener la cobertura de medicamento que quiere. Si presenta una apelación, significa que está avanzando al Nivel 1 del proceso de apelaciones.

Sección 6.5 Cómo presentar una apelación de Nivel 1

Términos legales:

Una apelación a nuestro plan sobre una decisión de cobertura de un medicamento de la Parte D se llama **redeterminación**.

Una apelación rápida se denomina **redeterminación acelerada.**

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

Generalmente, una apelación estándar se efectúa dentro de los 7 días calendario. Generalmente, una apelación rápida se lleva a cabo dentro de 72 horas. Si su salud lo requiere, pídanos una apelación rápida.

- Si va a apelar una decisión tomada por nosotros acerca de un medicamento que aún no ha recibido, usted y su médico o la persona autorizada a dar recetas tendrán que decidir si necesita una apelación rápida.
- Los requisitos para obtener una apelación rápida son los mismos que para obtener una decisión de cobertura rápida que aparecen en la Sección 6.4 de este capítulo.

Paso 2: Usted, su representante, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe contactarse con nosotros y presenta una apelación de Nivel 1. Si su salud exige una respuesta rápida, debe solicitar una apelación rápida.

- **En el caso de las apelaciones estándar, envíe una solicitud por escrito o llámenos.** El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **En el caso de las apelaciones rápidas, envíe su apelación por escrito o llámenos al** 844-294-6535. El Capítulo 2 contiene información de contacto.
- **Debemos aceptar cualquier solicitud por escrito**, incluida una solicitud enviada en el *formulario de solicitud de redeterminación modelo de los CMS*, que está disponible en nuestro sitio web www.goldkidney.com. Incluya su nombre, la información de contacto y la información sobre su reclamación para ayudarnos a procesar su solicitud.
- **Debe efectuar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario** a partir de la fecha que figura en el aviso escrito que le enviamos para comunicarle nuestra respuesta a la decisión de cobertura. Si se vence este plazo y 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. Ejemplos de una causa justificada pueden incluir una enfermedad muy grave que le impidió contactarnos o si le brindamos información incorrecta o incompleta sobre el plazo para solicitar una apelación.
- **Puede pedir una copia de la información de su apelación y añadir más información.** Usted y su médico pueden agregar información adicional para

sustentar su apelación. Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.

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

- Cuando revisamos su apelación, hacemos otra revisión cuidadosa de toda la información sobre su solicitud de cobertura. Verificamos si seguimos todas las normas cuando rechazamos su solicitud. Es posible que nos comuniquemos con su médico o la persona autorizada a dar recetas para obtener más información.

Plazos para una apelación rápida

- En el caso de las apelaciones rápidas, debemos darle una respuesta en **un plazo de 72 horas después de recibida su apelación**. Le daremos la respuesta antes si su salud así lo exige.
  - Si no le damos una respuesta en el plazo de 72 horas, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura que aceptamos en un plazo de 72 horas después de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

Plazos para una apelación estándar de un medicamento que aún no recibió

- En el caso de las apelaciones estándar, debemos darle una respuesta en un **plazo de 7 días calendario** después de haber recibido su apelación. Le comunicaremos nuestra decisión antes si aún no ha recibido el medicamento y su estado de salud así lo exige.
  - Si no le comunicamos nuestra decisión en el plazo de 7 días calendario, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelación, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente. La Sección 6.6 explica el Nivel 2 del proceso de apelación.

- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura tan rápido como lo requiera su salud, pero nunca después de **7 días calendario** de recibida su apelación.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud y cómo puede apelar nuestra decisión.

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

- Debemos darle una respuesta en un **plazo de 14 días calendario** después de recibir su solicitud.
  - Si no cumplimos con este plazo, estamos obligados a enviar su solicitud al Nivel 2 del proceso de apelaciones, donde la revisará una organización de revisión independiente. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente
- **Si aceptamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, también debemos pagarle en un plazo de **30 días** calendario después de haber recibido su solicitud.
- **Si rechazamos una parte o la totalidad de lo que solicitó**, le enviaremos una declaración por escrito en la que se le explicará por qué rechazamos su solicitud. Además, le diremos cómo puede apelar nuestra decisión.

Paso 4: Si rechazamos su apelación, usted decidirá si quiere continuar con el proceso de apelación y presentar *otra* apelación**.**

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

Sección 6.6 Cómo presentar una apelación de Nivel 2

Término legal:

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

La organización de revisión independiente es una organización independiente que contrata Medicare. No está relacionada con nosotros y no es una agencia gubernamental. Esta organización determina si la decisión que tomamos es correcta o debe ser cambiada. Medicare supervisa su trabajo.

Paso 1: Usted (o su representante, médico u otra persona autorizada a dar recetas) debe comunicarse con la organización de revisión independiente y pedir una revisión de su caso.

- Si rechazamos su apelación del Nivel 1, el aviso escrito que le enviaremos incluirá **instrucciones para presentar una apelación del Nivel 2** ante la organización de revisión independiente. Estas instrucciones le indicarán quién puede presentar esta apelación de Nivel 2, qué plazos deberá respetar y cómo comunicarse con la organización de revisión independiente.
  - **Debe efectuar su solicitud de apelación en el plazo de 65 días calendario a partir de** la fecha que figura en el aviso escrito.
- Si no completamos nuestra revisión dentro del plazo aplicable o tomamos una decisión desfavorable con respecto a la determinación **de riesgo** según nuestro programa de administración de medicamentos, enviaremos automáticamente su reclamación a la IRE. Le informaremos por escrito si su solicitud ha sido enviada a la organización de revisión independiente.
- Le enviaremos a esta organización de revisión independiente la información sobre su apelación. A esta información se la denomina su **archivo de caso**. **Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de su archivo de caso.** Se nos permite cobrar un cargo por copiar y enviarle esta información.
- Usted tiene derecho a proporcionarle a la organización de revisión independiente información adicional para sustentar su apelación.

Paso 2: La organización de revisión independiente revisa su apelación.

Los revisores de la organización de revisión independiente analizarán cuidadosamente toda la información sobre su apelación.

Plazos para una apelación rápida

- Si su salud lo requiere, pida a la organización de revisión independiente una apelación rápida.
- Si la organización acepta darle una apelación rápida, dicha organización debe comunicarle su respuesta a la apelación de Nivel 2 en un **plazo de 72 horas** después de recibir su solicitud de apelación.

Plazos para una apelación estándar

- En el caso de las apelaciones estándar, la organización de revisión independiente debe comunicarle su respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 7 días** calendario después de recibir su apelación si es por un medicamento que aún no ha recibido. Si solicita que le reembolsemos un medicamento que ya compró, la

organización de revisión independiente debe darle una respuesta a su apelación de Nivel 2 en un **plazo de 14 días calendario** después de haber recibido su solicitud.

Paso 3: La organización de revisión independiente le da su respuesta.

En el caso de las apelaciones rápidas:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de lo que solicitó**, debemos brindar la cobertura para medicamentos que aprobó la organización de revisión independiente en un **plazo de 24 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.

En el caso de las apelaciones estándar:

- **Si la organización de revisión independiente acepta una parte o la totalidad de su solicitud de cobertura**, debemos **brindar la cobertura para medicamentos** que aprobó la organización de revisión independiente en un **plazo de 72 horas** después de recibida la decisión de parte de la organización de revisión independiente.
- **Si la organización de revisión independiente acepta parte o la totalidad de su solicitud de reembolso** del costo de un medicamento que ya compró, debemos **enviarle el pago en un plazo de 30 días calendario** después de recibida la decisión de parte de dicha organización.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente rechaza su apelación?

Si esta organización rechaza **una parte o la totalidad** de su apelación, significa que están de acuerdo con nuestra decisión de no aprobar la solicitud (o parte de ella). (Esto se llama **confirmar la decisión**. También se denomina **rechazar su apelación**). En este caso, la organización de revisión independiente le enviará una carta para lo siguiente:

- Explicar la decisión.
- Le informa sobre su derecho a una apelación de Nivel 3 si el valor en dólares de la cobertura de medicamentos que solicita cumple con un determinado mínimo. Si el valor en dólares de la cobertura para medicamentos que está solicitando es demasiado bajo, no puede presentar otra apelación y la decisión del Nivel 2 es final.
- Le indicará el valor en dólares que debe estar en disputa para continuar con el proceso de apelaciones.

Paso 4: Si su caso reúne los requisitos, puede elegir si desea continuar con su apelación.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación).
- Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 7 Cómo solicitarnos la cobertura de una hospitalización más prolongada si usted considera que está siendo dado de alta demasiado pronto

Cuando se lo ingresa en un hospital, tiene derecho a obtener todos los servicios hospitalarios cubiertos que sean necesarios para el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad o lesión.

Durante su hospitalización cubierta, su médico 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 médico o el hospital se lo comunicarán.
- Si cree que le están pidiendo que deje el hospital demasiado pronto, puede pedir una hospitalización más prolongada y se considerará su solicitud.

Sección 7.1 Durante la hospitalización, recibirá un aviso por escrito de Medicare, donde se le explicarán sus derechos

Dentro de los 2 días calendario de su ingreso al hospital, recibirá un aviso por escrito denominado *Un mensaje importante de Medicare sobre sus derechos.* Todas las personas que tienen Medicare reciben una copia de este aviso. Si no recibe el aviso de alguien en el hospital (por ejemplo, un asistente social o una enfermera), solicítelo a cualquier empleado del hospital. Si necesita ayuda, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048).

1. **Lea atentamente este aviso y consulte cualquier duda que tenga.** Dice lo siguiente:
   - Su derecho a recibir servicios cubiertos por Medicare durante y después de su hospitalización, según lo solicite su médico. 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 de darlo de alta si considera que está siendo dado de alta del hospital demasiado pronto. Esta es una manera legal y formal de pedir un retraso en la fecha de su alta para que su atención hospitalaria esté cubierta 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 ha recibido la información sobre sus derechos. El aviso no le informa sobre su fecha del alta. Firmar el aviso **no significa** que esté de acuerdo con la fecha del alta.
3. **Guarde la copia** del aviso para tener a mano 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 de alta, recibirá otra copia antes de que esté programado que le den el alta.
   - Para consultar una copia de este aviso por adelantado, puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (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 obtener el aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Sección 7.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para cambiar la fecha de alta del hospital

Para pedirnos que cubramos los servicios hospitalarios para pacientes internados durante un tiempo más prolongado, use el proceso de apelación 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 en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. 1 800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

During 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** es un grupo de médicos y otros profesionales de la atención médica a los que el gobierno federal les paga para supervisar y ayudar a mejorar la calidad de la atención de las personas con Medicare.

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 rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- El aviso por escrito que recibió (*Un 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**, es posible que pueda 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 hospitalaria, la Organización para la mejora de la calidad se comunicará con nosotros. Al mediodía del día después en que se nos contacte, le daremos un **Aviso detallado de alta**. Este aviso le indica su fecha prevista del alta y le indica su fecha prevista del alta y le explica en detalle las razones por las que su médico, el hospital y nosotros pensamos que es adecuado (médicamente apropiado) que reciba el alta en esa fecha.

- Para obtener una muestra del **Aviso detallado de alta**, puede llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (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 obtener un ejemplo de aviso en línea en CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- Los revisores también consultarán su información médica, hablarán con su médico y revisarán la información que el hospital y nosotros les dimos.
- Antes del mediodía del día después de que los revisores nos informen de su apelación, recibirá un aviso por escrito de nosotros que le dará su fecha de alta planificada. Este aviso también explica en detalle las razones por las que su médico, 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 a su apelación.

¿Qué sucede si la aceptan?

- Si la organización de revisión independiente *acepta*, **debemos seguir brindándole 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 *rechaza* su apelación, 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 su respuesta a la 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 a que la Organización para la mejora de la calidad le brinde su respuesta a la 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 pasa al *Nivel 2* del proceso de apelaciones.

Sección 7.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para cambiar la fecha de 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 de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, deberá pagar el costo total de la hospitalización con posterioridad a la fecha prevista del alta.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo 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 rechazó su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si permanece en el hospital después de la fecha en la que finaliza su cobertura de atención médica.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad efectúa 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: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud para una apelación de Nivel 2, 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 de rechazo de su primera apelación por parte de la Organización para la mejora de la calidad.

Debemos seguir brindando cobertura para su atención hospitalaria para pacientes internados durante el tiempo que sea médicamente necesaria.

- 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 para 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 desea continuar con el proceso de revisión.

Paso 4: Si la rechazan, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación y presentar una apelación de Nivel 3.

- Hay otros 3 niveles adicionales en el proceso de apelaciones después del Nivel 2 (el total es de 5 niveles de apelación). Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 de este capítulo explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 8 Cómo solicitarnos que sigamos cubriendo algunos servicios médicos si siente que su cobertura está terminando demasiado pronto

Cuando está recibiendo **servicios de atención médica a domicilio, servicios de atención de enfermería especializada o atención de rehabilitación (centro de rehabilitación integral para pacientes externos)** que estén 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 su atención.*

Si cree que estamos terminando la cobertura para su atención demasiado pronto, **puede apelar nuestra decisión**. Esta sección le indica cómo solicitar una apelación.

Sección 8.1 Le comunicaremos por adelantado cuándo se cancelará su cobertura

Término legal:

Aviso de no cobertura de Medicare. Le dice 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. **Recibirá un aviso por escrito** al menos 2 días calendario antes de que nuestro plan deje de cubrir su atención. El aviso dice lo siguiente:
   - La fecha en la que dejamos de cubrir su atención.
   - Cómo solicitar una apelación rápida para solicitarnos que sigamos cubriendo su atención durante un período de tiempo más largo.
2. **Se le pedirá que usted o alguien que actúa en su nombre firme el aviso por escrito para demostrar que lo recibió.** Firmar el aviso *solo* indica que ha recibido la información sobre cuándo finalizará su cobertura. **Firmarlo no significa que esté de acuerdo** con la decisión de nuestro plan de suspender la atención.

Sección 8.2 Cómo presentar una apelación de Nivel 1 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Si desea pedirnos que cubramos su atención durante un período más largo, 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 en cualquier momento, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). O llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguro Médico (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para obtener ayuda personalizada. 1 800-963-5337 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). La información de contacto del SHIP se encuentra disponible en la Sección 3 del Capítulo 2.

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** es un grupo de médicos y otros

expertos en atención médica a los que el gobierno federal les paga por evaluar y ayudar a mejorar la calidad de la atención que se brinda a las personas con Medicare. Esto incluye las revisiones de las decisiones del plan sobre cuándo es momento de dejar de cubrir ciertos tipos de atención médica. Estos expertos no forman parte de nuestro plan.

Paso 1: Solicite su apelación de Nivel 1: Comuníquese con la Organización para la mejora de la calidad y pida una *apelación rápida*. Debe actuar rápido.

¿Cómo puede comunicarse con esta organización?

- En el aviso por escrito que recibió (*Aviso de no cobertura de Medicare*) se 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 antes de la fecha de entrada en vigencia** que aparece en el *Aviso de no cobertura de Medicare*.
- Si no cumple con la fecha límite y desea presentar una apelación, aún tiene derechos de apelación. Comuníquese con la Organización para la Mejora de la Calidad utilizando la información de contacto que figura en el *Aviso de falta de cobertura de Medicare*. El nombre, la dirección y el teléfono de la Organización para la mejora de la calidad de su estado en el Capítulo 2.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad efectúa una revisión independiente de su caso.

Término legal:

Explicación detallada de no cobertura. Aviso que brinda detalles sobre las razones para terminar la cobertura.

¿Qué sucede durante esta revisión?

- Los profesionales de la salud de la Organización para la mejora de la calidad (los *revisores*) le preguntarán a usted (o a su representante) por qué cree que debería continuar la cobertura de los servicios. No tiene que preparar nada por escrito, pero puede hacerlo si así lo desea.
- La organización de revisión independiente también revisará su información médica, hablará con su médico y revisará la información que nuestro plan les ha dado.

- Al final del día, los revisores nos informarán sobre su apelación, usted recibirá la *Explicación detallada de no cobertura* donde se explican detalladamente las razones por las cuales queremos finalizar la cobertura de sus servicios.

Paso 3: Dentro del plazo de un día completo después de tener toda la información que necesitan, los revisores le comunicarán su decisión.

¿Qué sucede si los revisores aceptan?

- Si los revisores *aceptan* su apelación, **entonces debemos seguir brindándole 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 rechazan?

- Si los revisores *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 CORF *después* de la fecha en la que termina su cobertura, **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 de la atención, puede presentar una apelación de Nivel 2.

Sección 8.3 Cómo presentar una apelación de Nivel 2 para que nuestro plan cubra su atención durante un período más largo

Durante una apelación de Nivel 2, usted le pide a la Organización para la mejora de la calidad que revise de nuevo la decisión de su primera apelación. Si la Organización para la mejora de la calidad rechaza su apelación de Nivel 2, es posible que 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 CORF *después* de la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura.

Paso 1: Usted se pone en contacto con la Organización para la mejora de la calidad de nuevo para pedir otra revisión.

- Debe pedir esta revisión en un **plazo de 60 días calendario** después del día en el que la Organización para la mejora de la calidad *rechazó* su apelación de Nivel 1. Puede pedir esta revisión solo si siguió recibiendo la atención después de la fecha en la que finalizó su cobertura.

Paso 2: La Organización para la mejora de la calidad efectúa 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: Los revisores decidirán, en un plazo de 14 días calendario después de recibir su solicitud de apelación, sobre su apelación y le informarán su decisión.

¿Qué sucede si la organización de revisión independiente acepta?

- **Debemos reembolsarle** la parte que nos corresponde de los costos de la atención que recibió desde la fecha en la que le informamos que finalizaría su cobertura. **Debemos seguir brindando 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 que tomamos respecto de su apelación de Nivel 1.
- En el aviso que recibirá, se le explicará por escrito qué puede hacer si desea continuar con el proceso de revisión. Se le darán los detalles para continuar con el siguiente nivel de apelación, que es manejado por un juez administrativo o un mediador.

Paso 4: Si la rechaza, tendrá que decidir si quiere continuar con la apelación.

- Hay 3 niveles adicionales de apelación después del Nivel 2, lo que representa un total de 5 niveles de apelación. Si desea continuar con una apelación de Nivel 3, los detalles de cómo hacer esto están en el aviso por escrito que recibe después de la decisión de su apelación de Nivel 2.
- La apelación de Nivel 3 es manejada por un juez administrativo o un mediador. La Sección 9 explica más acerca de los Niveles 3, 4 y 5 del proceso de apelaciones.

SECCIÓN 9 Cómo llevar su apelación a los Niveles 3, 4 y 5

Sección 9.1 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de servicios médicos

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor en dólares del artículo o servicio médico sobre el que apeló cumple con ciertos niveles mínimos, es posible que pueda continuar con niveles de apelación adicionales. 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 qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan 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 la apelación de Nivel 2, tenemos derecho a apelar una decisión de Nivel 3 que es favorable para usted. Si decidimos apelar, irá a una apelación de Nivel 4.
    - Si decidimos *no* apelar, debemos autorizar o proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida 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. Es posible que esperemos la decisión de la apelación de Nivel 4 antes de autorizar o brindar 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 que rechaza 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 para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta o si el Consejo rechaza nuestra solicitud de revisar una decisión favorable a una apelación de Nivel 3, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***. A diferencia de la 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 proporcionarle atención médica en un plazo de 60 días calendario después de recibida la decisión del Consejo.
    - Si decidimos apelar la decisión, se lo comunicaremos por escrito.
- **Si la respuesta es negativa o si el Consejo rechaza la solicitud de revisión, el proceso de apelaciones *puede concluir o no*.**
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza 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 debería continuar con ese proceso.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** 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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Sección 9.2 Niveles de apelación 3, 4 y 5 para solicitudes de medicamentos de la Parte D

Esta sección puede ser adecuada para usted si presentó una apelación de Nivel 1 y Nivel 2, y ambas apelaciones fueron rechazadas.

Si el valor del medicamento sobre el que apeló cumple con un monto en dólares determinado, es posible que pueda continuar con niveles adicionales de apelación. Si el monto en dólares es menor, no puede seguir apelando. La respuesta escrita que usted reciba para su apelación de Nivel 2 explicará con quién debe comunicarse y qué debe hacer para solicitar una apelación de Nivel 3.

En la mayoría de las situaciones relacionadas con apelaciones, los 3 últimos niveles de apelación funcionan más o menos de la misma manera que los 2 primeros niveles. La revisión de su apelación la gestionan estas personas en cada uno de estos niveles.

Apelación de Nivel 3

Un **juez administrativo** o un mediador que trabaja para el gobierno federal revisará su apelación y le dará una respuesta.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado.** Debemos **autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el juez administrativo o mediador **dentro de las 72 horas posteriores (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después** de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza 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 para una apelación de Nivel 4.

Apelación de Nivel 4

El **Consejo de Apelaciones de Medicare** (el Consejo) revisará su apelación y le dará una respuesta. El Consejo es parte del gobierno federal.

- **Si su apelación se acepta, el proceso de apelaciones habrá terminado. Debemos autorizar o brindar la cobertura para medicamentos** que fue aprobada por el Consejo **dentro de las 72 horas posteriores (24 horas para apelaciones aceleradas) o efectuar el pago, a más tardar, dentro de los 30 días calendario después** de recibir la decisión.
- **Si su apelación se rechaza, el proceso de apelaciones *puede concluir o no***.
    - Si usted decide aceptar esta decisión que rechaza su apelación, el proceso de apelaciones habrá terminado.
    - Si no quiere aceptar la decisión, es posible que pueda pasar al siguiente nivel del proceso de revisión. Si el Consejo rechaza su apelación o rechaza su solicitud para revisar la apelación, el aviso le indicará si las normas le permiten pasar a una apelación de Nivel 5. También se le indicará con quién comunicarse y qué hacer a continuación si decide seguir con su apelación.

Apelación de Nivel 5

Un juez del **Tribunal Federal de Primera Instancia** 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 tras el Tribunal Federal de Primera Instancia.

Presentar quejas

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

Sección 10.1 ¿Qué tipos de problemas se tratan en el proceso de quejas?

El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente.

A continuación, encontrará algunos ejemplos de los tipos de problemas que pueden gestionarse mediante el proceso de quejas.

Queja	Ejemplo
Calidad de su atención médica	• ¿Está insatisfecho con la calidad de la atención que recibió (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? • ¿No está satisfecho con nuestros 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 médicos, 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 al teléfono, en la sala de espera o de consulta, o cuando le van a dar una receta.
Limpieza	• ¿Está insatisfecho con la limpieza o el estado de una clínica, un hospital o un consultorio de un médico?

Queja	Ejemplo
Información que obtiene de nosotros	• ¿No le dimos un aviso requerido? • ¿Es nuestra información escrita difícil de entender?
Puntualidad (Estos tipos de quejas se tratan de la *puntualidad* de nuestras medidas relacionadas con las decisiones de cobertura y las apelaciones)	Si ha pedido una decisión de cobertura o presentado una apelación y le parece que no estamos respondiendo lo suficientemente rápido, puede presentar una queja por nuestra lentitud. Estos son algunos ejemplos: • Ha pedido que le demos una *decisión de cobertura rápida* o una *apelación rápida*, y le dijimos que no; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos para decisiones de cobertura o apelaciones; puede presentar una queja. • Usted cree que no cumplimos con los plazos de cobertura o reembolso de ciertos productos, servicios o medicamentos que fueron aprobados; puede presentar una queja. • Cree que no cumplimos con los plazos requeridos para enviar su caso a la organización de revisión independiente; puede presentar una queja.

Sección 10.2 Cómo presentar una queja

Términos legales:

Una **queja** también se denomina **reclamo**.

Presentar una queja también se denomina **interponer un reclamo**.

Usar el proceso para quejas también se denomina **usar el proceso para interponer un reclamo**.

Una **queja rápida** también se denomina **reclamo acelerado**.

Paso 1: Comuníquese con nosotros de inmediato, ya sea por escrito o por teléfono.

- **Por lo general, el primer paso es llamar a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).** Si debe hacer algo más, Servicios para los Miembros se lo indicará.

- **Si no desea 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.
- Si desea presentar un reclamo contra Gold Kidney Health Plan o un proveedor de la red, debe comunicarse con nosotros lo antes posible. Sus inquietudes se enviarán al Departamento de Reclamos, quien llevará a cabo una investigación exhaustiva y le proporcionará una respuesta escrita o verbal en un plazo de 30 días o con la rapidez que su salud requiera. En el proceso de reclamo, le responderemos por escrito si nos envía un reclamo por escrito, o si usted solicita una respuesta por escrito, o si su reclamo está relacionado con la calidad de la atención. Para reclamos de la Parte C (sobre atención o servicios médicos) o reclamos de la Parte D (sobre medicamentos o servicios con receta), encontrará los números de teléfono que figuran en la Sección 1 del Capítulo 2 de este folleto.
- Si presenta un reclamo porque denegamos su solicitud de una “respuesta rápida” con respecto a una decisión de cobertura o apelación, procederemos automáticamente con un reclamo “rápido”. Si se le ha concedido un reclamo rápido, quiere decir que le daremos una respuesta en un plazo de 24 horas. Puede comunicarse con Gold Kidney Health Plan para expresar su inquietud o también puede presentar su reclamo por escrito. Puede encontrar la información de contacto en la Sección 1 del Capítulo 2 (Cómo comunicarse con nosotros, incluso cómo comunicarse con Servicios para los Miembros).
- El **plazo** para presentar una queja es de 60 días calendario desde el momento en que tuvo el problema por el que desea presentar la queja.

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 durante esa misma llamada telefónica.
- **La mayoría de las quejas se responden dentro de los 30 días calendario.** Si necesitamos más información y la demora es para su conveniencia o si usted pide más tiempo, **podemos demorar hasta 14 días calendario más (44 días calendario en total)** en responder a su queja. Si decidimos tomar 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, automáticamente le concederemos 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 por el problema del que se está quejando, incluiremos las razones en nuestra respuesta.

Sección 10.3 También puede presentar quejas sobre la calidad de la atención a la Organización para la mejora de la calidad

Cuando su queja es sobre la *calidad de la atención*, también tiene 2 opciones adicionales:

- **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 médicos 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 de Medicare. El Capítulo 2 contiene información de contacto.

O bien

- **Puede presentar su queja ante la Organización para la mejora de la calidad y ante nosotros al mismo tiempo**.

Sección 10.4 También puede informarle a Medicare acerca de su queja

Puede presentar una queja sobre Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) directamente ante Medicare. Para presentar una queja ante Medicare, ingrese en Medicare.gov/my/medicare-complaint. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-877-486-2048.

CAPÍTULO 10: Finalización de la membresía en nuestro plan

SECCIÓN 1 Cancelación de su membresía en nuestro plan

Cancelar su membresía en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) puede ser de forma **voluntaria** (su elección) o **involuntaria** (cuando no es su elección):

- Es posible que deje nuestro plan porque decide que *desea* dejarlo. Las Secciones 2 y 3 brindan información sobre cómo cancelar su membresía voluntariamente.
- También hay situaciones limitadas en las que nos vemos obligados a cancelar su membresía. La Sección 5 describe situaciones en las que podemos cancelar su membresía.

Si está dejando nuestro plan, nuestro plan debe continuar proporcionando su atención médica y medicamentos con receta y seguirá pagando la parte que le corresponde de los costos hasta que finalice su membresía.

SECCIÓN 2 ¿Cuándo puede cancelar su membresía en nuestro plan?

Sección 2.1 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta

Puede finalizar su membresía en nuestro plan durante el **Período de inscripción abierta** cada año. Durante este tiempo, revise su cobertura de salud y medicamentos y decida sobre la cobertura para el próximo año.

- **El Período de inscripción abierta** es del **15 de octubre al 7 de diciembre**.
- **Elija mantener su cobertura actual o hacer cambios en su cobertura para el próximo año.** Si decide cambiar a un nuevo plan, puede elegir cualquiera de los siguientes tipos de coberturas:
    - Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
    - Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
    - Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

- Si elige esta opción y recibe Ayuda adicional, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Nota: Si cancela su inscripción en un plan de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Su membresía se cancelará en nuestro plan** cuando comience la cobertura de su nuevo plan el 1 de enero.

Sección 2.2 Puede cancelar su membresía durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage

Puede hacer *un* cambio en su cobertura médica cada año durante el **Período de inscripción abierta de Medicare Advantage**.

- **El Período de inscripción abierta de Medicare Advantage** es del 1 de enero al 31 de marzo y, para los nuevos beneficiarios de Medicare que están inscritos en un plan de MA, desde el mes en que tienen derecho a la Parte A y la Parte B hasta el último día del tercer mes en que tienen derecho.
- **Durante el Período de inscripción abierta anual de Medicare Advantage** usted puede efectuar lo siguiente:
  - Cambiar a otro plan Medicare Advantage con o sin cobertura de medicamentos.
  - Cancelar su inscripción en nuestro plan y obtener cobertura mediante Original Medicare. Si se cambia a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan separado de medicamentos de Medicare en ese momento.
- **Su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que se inscriba en un plan Medicare Advantage diferente o que recibamos su solicitud de cambio 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 Gold Heart & Diabetes (HMO-POS C-SNP) pueden ser elegibles para cancelar su membresía en otro momento del año. Esto se conoce como **Período de inscripción especial**.

Puede ser elegible para cancelar su membresía durante el Período de inscripción especial si alguna de las siguientes situaciones aplica a usted. Estos son solo ejemplos. Para obtener la lista completa, puede comunicarse con nuestro plan, llamar a Medicare o consultar Medicare.gov.

- Por lo general, cuando se muda
- Si tiene Medicaid
- Si es elegible para recibir Ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos de Medicare
- Si rompemos nuestro contrato con usted
- Si está recibiendo atención en una institución, como un hogar de ancianos o un hospital centro LTC
- Si está inscrito en el Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)

Nota: Si está inscrito en un programa de administración de medicamentos, quizás no pueda cambiarse de plan. La Sección 10 del Capítulo 5 le proporciona más detalles sobre los programas de administración de medicamentos.

Los períodos de tiempo 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 médica como su cobertura para medicamentos con receta de Medicare. Puede elegir entre lo siguiente:

- Otro plan de salud de Medicare con o sin cobertura de medicamentos,
- Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare
- Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare.

Nota: Si cancela su inscripción en una cobertura de medicamentos de Medicare y no tiene otra cobertura para medicamentos con receta acreditable durante 63 días consecutivos o más, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía de la Parte D para inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

- **Generalmente, su membresía se cancelará** el primer día del mes después de que recibamos su solicitud para cambiar su plan.
- **Si recibe ayuda adicional de Medicare para pagar los costos de su cobertura de medicamentos:** Si se pasa a Original Medicare y no se inscribe en un plan separado de medicamentos de Medicare, Medicare puede inscribirlo en un plan de medicamentos, a menos que opte por no participar de la inscripción automática.

Sección 2.4 Obtenga más información sobre cuándo puede finalizar su membresía

Si tiene alguna pregunta sobre cómo finalizar su membresía, puede hacer lo siguiente:

- **Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711)**
- F Encuentre la información en el manual ***Medicare y Usted 2027***
- Llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048

SECCIÓN 3 Cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan

La siguiente tabla explica cómo puede cancelar su membresía en nuestro plan.

Para cambiar 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 Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan.
Original Medicare *con* un plan separado de medicamentos de Medicare	• Inscribirse en el nuevo plan de medicamentos de Medicare. • Su inscripción en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) se cancelará automáticamente cuando comience su cobertura en el nuevo plan de medicamentos.
Original Medicare *sin* un plan separado de medicamentos de Medicare	• **Envíenos una solicitud por escrito para cancelar la inscripción.** Llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) si necesita más información sobre cómo hacerlo. • O llame a **Medicare** al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y pida que cancelen su inscripción. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

	• Su inscripción en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) se cancelará cuando comience su cobertura en Original Medicare.

SECCIÓN 4 Hasta que se cancele su membresía, debe seguir recibiendo sus medicamentos, artículos y servicios médicos mediante nuestro plan

Hasta que finalice su membresía, y comience su nueva cobertura de Medicare, debe continuar recibiendo sus medicamentos con receta, servicios y artículos médicos mediante nuestro plan.

- **Continúe utilizando los proveedores de la red o los proveedores fuera de la red elegibles bajo nuestra opción de POS u otra excepción de cobertura, siguiendo los requisitos del plan aplicables**
- **Continúe usando las farmacias de nuestra red *o pedido por correo*** para obtener sus medicamentos con receta.
- **Si está hospitalizado el día que finaliza su membresía, su hospitalización estará cubierta por nuestro plan hasta que le den el alta** (incluso si le dan el alta después de que comience su nueva cobertura médica).

SECCIÓN 5 Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) debe finalizar la membresía de su plan en ciertas situaciones

Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) debe finalizar su membresía en nuestro plan en los siguientes casos:

- Si ya no tiene la Parte A y la Parte B de Medicare
- Si se muda fuera del área de servicio
- Si se encuentra fuera de nuestra área de servicio durante más de 6 meses
    - Si se muda o hace un viaje largo, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para averiguar si el lugar al que se muda o al que viaja está en el área de nuestro plan
- Usted no cumple con nuestros requisitos especiales de elegibilidad del plan

  - Debe tener una de las afecciones médicas, trastornos cardiovasculares, insuficiencia cardíaca crónica o diabetes, para permanecer inscrito en nuestro plan.
  - Si pierde su elegibilidad, pero se puede esperar razonablemente que la vuelva a obtener en un plazo de 6 meses, entonces aún es elegible para ser miembro de nuestro plan (la Sección 2 del Capítulo 4 le informa sobre la cobertura y el costo compartido durante un período de elegibilidad continua considerado).
- Si es encarcelado (va a prisión)
- Si ya no es ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un extranjero elegible
- Si miente o encubre información sobre otro seguro que tenga que le proporciona cobertura para medicamentos con receta
- Si intencionalmente nos da información incorrecta cuando se inscribe en nuestro plan y esa información afecta su elegibilidad en nuestro plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero.)
- Si permanentemente se comporta de una manera que es perturbadora y nos dificulta la tarea de brindarles atención médica a usted y a otros miembros del plan. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero.)
- Si deja que otra persona use su tarjeta de miembro para obtener atención médica. (No podemos hacerle dejar nuestro plan por esta razón, a menos que recibamos permiso de Medicare primero.)
  - Si cancelamos su membresía por esta razón, es posible que Medicare haga que el Inspector general investigue su caso.
- Si usted debe pagar un monto adicional para la Parte D debido a sus ingresos y no lo hace, Medicare cancelará su inscripción en nuestro plan y usted perderá la cobertura para medicamentos.

Si tiene alguna pregunta o desea recibir más información sobre cuándo podemos cancelar su membresía, llame a Servicios para los Miembros al 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

Sección 5.1 No podemos pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con la salud, a menos que ya no tenga una afección médica requerida para inscribirse en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

En la mayoría de los casos, Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP) no puede pedirle que abandone nuestro plan por ningún motivo relacionado con su salud. La única

vez que se nos permite hacer esto es si usted ya no tiene las afecciones médicas requeridas para la inscripción en Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP).

¿Qué debe hacer si sucede esto?

Si le parece que le están pidiendo que deje nuestro plan por un motivo relacionado con su salud, debe llamar 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 de dicha cancelación. Además, tenemos que explicarle cómo puede presentar un reclamo o una queja sobre nuestra decisión de cancelar su membresía.

CAPÍTULO 11: Avisos legales

SECCIÓN 1 Aviso sobre leyes vigentes

La ley principal que se aplica a este documento de *Evidencia de Cobertura* es el Título XVIII de la Ley del Seguro Social y las normas creadas bajo esta ley por parte de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, 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, origen nacional, color, religión, sexo, edad, discapacidad física o mental, estado de salud, experiencia en reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica dentro del área de servicio. Todas las organizaciones que ofrecen planes Medicare Advantage, como nuestro plan, deben cumplir con las leyes federales contra la discriminación, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 1557 de la Ley del Cuidado de Salud de Bajo Costo, 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 revisar la información de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos en 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 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711). Si usted tiene una queja, como un problema de acceso para sillas de ruedas, Servicios para los Miembros puede ayudarlo.

SECCIÓN 3 Aviso sobre los derechos de subrogación del pagador secundario de Medicare

Tenemos el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos por Medicare en los que Medicare no es el pagador principal. Según las regulaciones de los CMS en el Título 42, secciones 422.108 y 423.462 del CFR, Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), como una organización Medicare Advantage, ejercerá los mismos derechos de recuperación que los que la Secretaría ejerce conforme a las regulaciones de los CMS en las subpartes B a D de la parte 411 del Título 42 del CFR, y las normas establecidas en esta sección sustituyen cualquier legislación estatal.

CAPÍTULO 12: Definiciones

Monto permitido: El monto máximo que el plan pagará a los proveedores por los servicios o suministros cubiertos.

Centro quirúrgico ambulatorio: Un centro quirúrgico ambulatorio es una entidad que funciona exclusivamente con el propósito de brindar servicios quirúrgicos ambulatorios a pacientes que no requieren hospitalización y que esperan no pasar más de 24 horas en el centro asistencial.

Apelación: Una apelación es un recurso que usted presenta si no está de acuerdo con la decisión de denegarle una solicitud de cobertura de servicios de atención médica o medicamentos con receta o pagos por servicios o medicamentos que ya recibió. También puede presentar una apelación si no está de acuerdo con una decisión de interrumpir los servicios que está recibiendo.

Facturación del saldo: Cuando un proveedor (un médico o el hospital) factura al paciente más que el monto de costo compartido permitido del plan. Como miembro de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP), 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** o cobren, de otra manera, más que el monto del costo compartido que nuestro plan indica que debe pagar.

Período de beneficios: La manera en que nuestro plan y Original Medicare mide su uso de los servicios de los hospitales y el centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF). El período de beneficios comienza el día en que usted va a un hospital o centro de atención de enfermería especializada. El período de beneficios finaliza cuando no haya recibido servicios de 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. Usted debe pagar el deducible de hospitalización para pacientes internados para cada período de beneficios. No hay límite en cuanto a la cantidad de períodos de beneficios.

Producto biológico: Un medicamento con receta elaborado a partir de fuentes naturales y vivas, como células de los animales, células de las plantas, bacterias o levaduras. Los productos biológicos son más complejos que otros medicamentos y no se pueden copiar

exactamente, por eso las formas alternativas se denominan biosimilares. (Consulte también "**Producto biológico original**" y "**Biosimilar**").

Biosimilar: Un producto biológico muy similar, pero no idéntico, al producto biológico original. Los biosimilares son tan seguros y eficaces como el producto biológico original. Algunos biosimilares se pueden sustituir por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta (consulte "**Biosimilar intercambiable**").

Medicamento de marca: Medicamento con receta fabricado y vendido por la compañía farmacéutica que originariamente investigó y desarrolló dicho medicamento. Los medicamentos de marca tienen la misma fórmula de ingrediente activo que la versión genérica del medicamento. Sin embargo, los medicamentos genéricos son fabricados y vendidos por otros fabricantes de medicamentos y, normalmente, no están disponibles hasta que haya vencido la patente del medicamento de marca.

Plan de atención: un plan sobre qué servicios recibirá y cómo los recibirá. Su plan puede incluir servicios médicos, servicios de salud del comportamiento, remisiones a recursos comunitarios, servicios de apoyo social, asistencia con el transporte, apoyo nutricional, intervenciones de seguridad en el hogar y servicios de apoyo para cuidadores, según corresponda.

Equipo de atención: un equipo de atención puede incluir médicos, enfermeros, consejeros u otros profesionales de la salud que están allí para ayudarlo a recibir la atención que necesita. Su equipo de atención también lo ayuda a crear un plan de atención.

Etapa de cobertura en situaciones catastróficas: Es la etapa del beneficio de medicamentos de la Parte D que comienza cuando usted (o alguna persona calificada en su nombre) haya gastado $2,400 en medicamentos cubiertos de la Parte D durante el año de cobertura.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): Es la agencia federal que administra Medicare.

Plan de necesidades especiales para atención crónica (Chronic-Care Special Needs Plan, C-SNP): Los C-SNP son SNP que restringen la inscripción a personas elegibles para MA que tienen enfermedades graves y crónicas específicas.

Coseguro: Un monto que se le puede solicitar que pague, expresado como porcentaje (por ejemplo, 20 %) como su parte del costo de los servicios o medicamentos con receta después de pagar su deducible.

Queja: El nombre formal para **presentar una queja** es interponer un reclamo. El proceso de quejas se utiliza *solo* para ciertos tipos de problemas. Entre ellos se incluyen los problemas sobre la calidad de la atención, los tiempos de espera y el servicio al cliente que obtiene. También incluye quejas si nuestro plan no sigue los períodos de tiempo en el proceso de apelación.

Centro de rehabilitación integral para pacientes externos (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF): Un centro que brinda 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 el lenguaje, y servicios de evaluación del entorno en el hogar.

Copago: Un monto que es posible que deba pagar como su parte del costo del servicio o el suministro médico, como una consulta con el médico, una consulta hospitalaria como paciente ambulatorio o un medicamento con receta. Un copago es un monto establecido (por ejemplo, $10) más que un porcentaje.

Costo compartido: Se refiere a los montos que un miembro tiene que pagar cuando obtiene servicios o medicamentos. Esto se suma a la prima mensual de nuestro plan. El costo compartido incluye cualquier combinación de los siguientes 3 tipos de pagos: (1) Cualquier monto del deducible que puede imponer un plan antes de cubrir los servicios o medicamentos. (2) Cualquier monto fijo de copago que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico. (3) Cualquier monto del coseguro, un porcentaje del monto total pagado por un servicio o medicamento, que un plan exige cuando se recibe un medicamento o servicio específico.

Determinación de cobertura: Una decisión para determinar si un medicamento que le recetaron está cubierto por nuestro plan y el monto, si lo hubiera, que deberá pagar por el medicamento con receta. En general, si usted lleva su receta a la farmacia y allí le indican que el medicamento con receta no está cubierto por nuestro plan, eso no es una determinación de cobertura. Deberá llamar o escribir a nuestro plan para pedir una decisión de cobertura formal. Las determinaciones de cobertura también se llaman **decisiones de cobertura** en este documento.

Medicamentos cubiertos: Es el término que se utiliza para referirse a todos los medicamentos con receta que cubre el plan.

Servicios cubiertos: Es el término que usamos para incluir todos los suministros y servicios de atención médica cubiertos por nuestro plan.

Cobertura para medicamentos con receta acreditable: 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, pueden normalmente mantener esa cobertura sin pagar una multa si deciden inscribirse más tarde en un plan de cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

Cuidado asistencial: El cuidado asistencial es el cuidado personal brindado en un hogar de ancianos, hospicio u otro centro cuando usted no necesita atención médica o de enfermería especializada. El cuidado asistencial que brindan personas que no tienen habilidades ni preparación profesional, incluye ayuda con actividades cotidianas como bañarse, vestirse, alimentarse, acostarse y levantarse de la cama o de la silla, desplazarse y utilizar el baño. Puede incluir el tipo de atención relacionada con la salud que la mayoría de las personas llevan a cabo por sí mismas, como usar gotas para los ojos. Medicare no paga el cuidado asistencial.

Costo compartido diario: Es posible que se aplique un costo compartido diario cuando su médico le receta un suministro de determinados medicamentos para menos de un mes completo y usted debe pagar un copago. El costo compartido diario es el copago dividido por la cantidad de días de un suministro para un mes. A continuación, le presentamos un ejemplo: Si su copago para un suministro de un medicamento para un mes es de $30, y un suministro para un mes en nuestro plan tiene 30 días, su costo compartido diario es de $1 por día.

Deducible: Es el monto que debe pagar por la atención médica o los medicamentos con receta antes de que nuestro plan pague.

Cancelar o cancelación de la inscripción: El proceso de cancelación de su membresía en nuestro plan.

Costo de suministro: Un honorario que se cobra cada vez que un medicamento cubierto se entrega para pagar el costo de surtir un medicamento con receta, como el tiempo que tarda el farmacéutico en preparar y empaquetar el medicamento con receta.

Planes de necesidades especiales de doble elegibilidad (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): Los D-SNP inscriben a personas que tienen derecho tanto a Medicare (título XVIII de la Ley del Seguro Social) como a asistencia médica de un plan estatal bajo Medicaid (título XIX). Los estados cubren algunos costos de Medicare, según el estado y la elegibilidad de la persona.

Persona con doble elegibilidad: Una persona que reúne los requisitos para la cobertura de Medicare y Medicaid.

Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME): Ciertos equipos médicos indicados por su médico por razones médicas. Los ejemplos incluyen 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.

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 de atención médica inmediata para evitar que pierda la vida (y, si está embarazada, la pérdida del feto), pérdida de una extremidad o la función de una extremidad, o 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.

Atención de emergencia: Servicios cubiertos que: (1) son proporcionados por un proveedor calificado para ofrecer servicios de emergencia; y (2) son necesarios para tratar, evaluar o estabilizar una afección médica de emergencia.

Evidencia de Cobertura (EOC) y Divulgación de información: En este documento, junto con su formulario de inscripción y cualquier otro documento adjunto, cláusula adicional u otra cobertura opcional seleccionada, se explica su cobertura, lo que debemos hacer nosotros, sus derechos y lo que debe hacer usted como miembro de nuestro plan.

Excepción: Un tipo de decisión de cobertura que, si se aprueba, le permite recibir un medicamento que no está en nuestro formulario (una excepción al formulario) o un medicamento no preferido a un nivel más bajo de costo compartido (una excepción de nivel). También puede solicitar una excepción si nuestro plan le exige probar otro medicamento antes de recibir el medicamento que está solicitando, si nuestro plan exige una autorización previa para un medicamento y usted desea que no apliquemos la restricción de criterios, o si nuestro plan limita la cantidad o dosis del medicamento que está solicitando (una excepción al Formulario).

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.

Medicamento genérico: Medicamento con receta que está aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), dado que se considera que tiene los mismos ingredientes activos que el medicamento de marca. Un medicamento genérico tiene el mismo efecto que un medicamento de marca, pero, por lo general, es más económico.

Evaluación de riesgos de salud: una revisión de su historial médico y su afección actual. Se utiliza para conocer su salud y cómo esta podría cambiar en el futuro.

Reclamo: Tipo de queja que usted presenta sobre nuestro plan, los proveedores o sobre las farmacias, como, por ejemplo, una queja relacionada con la calidad de la atención brindada. Esto no implica disputas de cobertura ni de pago.

Auxiliar de atención médica a domicilio: Una persona que brinda servicios que no necesitan las habilidades de enfermeros o terapeutas certificados, como ayudar con el cuidado personal (por ejemplo, bañarse, usar el baño, vestirse o hacer los ejercicios prescritos).

Hospicio: Un beneficio que otorga un trato especial a un miembro que ha sido certificado médicamente como enfermo terminal, lo que significa tener una expectativa de vida de 6 meses o menos. Nuestro plan, debemos proporcionarle una lista de hospicios en su área geográfica. Si opta por un hospicio y continúa pagando las primas, sigue siendo miembro de nuestro plan. Todavía podrá obtener todos los servicios médicamente necesarios, así como los beneficios complementarios que ofrecemos.

Hospitalización: Una hospitalización es cuando es ingresado formalmente al hospital para recibir servicios médicos especializados. Aunque usted permanezca en el hospital durante la noche, puede ser considerado un paciente ambulatorio.

Monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso (Income Related Monthly Adjustment Amount, IRMAA): Si su ingreso bruto ajustado modificado, según se informó en su declaración de impuestos del IRS de hace 2 años, está por encima de cierto monto, pagará el monto estándar de la prima y un monto de ajuste mensual relacionado con el ingreso, también conocido como IRMAA. El IRMAA es un cargo adicional que se agrega a su prima. Menos del 5 % de las personas con Medicare se encuentran afectadas, por lo que la mayoría de las personas no pagarán una prima más.

Etapa de cobertura inicial: Esta es la etapa antes de que los costos que paga de su bolsillo para el año alcancen el monto umbral que paga de su bolsillo.

Período de inscripción inicial: El tiempo en el que puede inscribirse en la Parte A y la Parte B de Medicare, cuando es elegible 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 cumple 65 años, incluye el mes en que cumple 65 años y termina 3 meses después del mes en que cumple 65 años.

Plan de necesidades especiales institucional (Institutional Special Needs Plan, I-SNP): Los I-SNP restringen la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la

comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro, o que viven (o se espera que vivan) durante al menos 90 días consecutivos en ciertos centros a largo plazo. Los I-SNP incluyen los siguientes tipos de planes: SNP equivalentes institucionales (IES-SNP) SNP institucionales e institucionales basados en centros (HI-SNP).

Plan de necesidades especiales equivalente institucional (Institutional-equivalent Special Needs Plan, IE-SNP): Un IE-SNP restringe la inscripción a personas elegibles para MA que viven en la comunidad, pero necesitan el nivel de atención que ofrece un centro.

Biosimilar intercambiable: Un biosimilar que puede ser utilizado como sustituto de un producto biosimilar original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, ya que cumple con los requisitos adicionales relacionados con el potencial de sustitución automática. La sustitución automática en la farmacia está sujeta a la ley estatal.

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o Lista de medicamentos): Una lista de medicamentos con receta cubiertos por nuestro plan.

Subsidio por bajos ingresos (Low-Income Subsidy, LIS): Consulte “Ayuda adicional”.

Programa de descuentos del fabricante: Un programa en virtud del cual los fabricantes de medicamentos pagan una parte del costo total de nuestro plan por los medicamentos de marca y los productos biológicos cubiertos de la Parte D. Los descuentos se basan en acuerdos entre el gobierno federal y fabricantes de medicamentos.

Cargo máximo: Lo máximo que un proveedor puede cobrar por los servicios y suministros de atención médica cubiertos.

Precio justo máximo: El precio que Medicare negoció para un medicamento seleccionado.

Monto máximo que paga de su bolsillo – Es el monto máximo que paga de su bolsillo durante el año calendario por los servicios cubiertos dentro de la red. Los montos que paga por las primas de su plan, las primas de la Parte A y de la Parte B de Medicare y los medicamentos con receta no se tienen en cuenta en el monto máximo que paga de su bolsillo.

Medicaid (o asistencia médica): Un programa conjunto estatal y federal, que ayuda a solventar costos médicos de ciertas personas con bajos ingresos y recursos limitados. Los programas estatales de Medicaid varían, pero cubren la mayoría de los costos de atención médica si usted califica para Medicare y Medicaid.

Indicación médicamente aceptada: Un uso del medicamento que está aprobado por la FDA o avalado por ciertas referencias, como la información de medicamentos del servicio

de formulario hospitalario estadounidenses y el Sistema de Información DRUGDEX de Micromedex.

Médicamente necesario: Significa que los medicamentos, servicios o suministros 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).

Período de inscripción abierta de Medicare Advantage: El período de tiempo desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo para que los miembros de un plan Medicare Advantage puedan cancelar sus inscripciones en el plan y cambiarse a otro plan Medicare Advantage, u obtener cobertura mediante Original Medicare. Si elige cambiar a Original Medicare en este período, también puede inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare separado 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.

Plan Medicare Advantage (MA): A veces llamado Parte C de Medicare. Es un plan que lo ofrece una compañía privada que tiene un contrato con Medicare para brindarle todos sus beneficios de la Parte A y la Parte B de Medicare. Un plan Medicare Advantage puede ser i) una Organización para el mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, 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 de Medicare (Medicare Medical Savings Account, MSA). Además de elegir entre estos tipos de planes, un plan Medicare Advantage HMO o PPO también puede ser un Plan de Necesidades Especiales (Special Needs Plan, 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.

Servicios cubiertos por Medicare: 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 servicios de la visión, dentales o de la audición, que puede ofrecer un plan Medicare Advantage.

Plan de salud de Medicare: Un plan de salud de Medicare que lo ofrece una empresa 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 inscriben en nuestro plan. Este término incluye todos los

planes Medicare Advantage, los costos de planes Medicare, los Planes de necesidades especiales, los Programas piloto/demostraciones y los Programas de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE).

Cobertura de medicamentos con receta de Medicare (Parte D de Medicare): Seguro que lo ayuda a pagar los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, las vacunas, los productos biológicos y algunos suministros que no cubren la Parte A o la Parte B de Medicare.

Programa de administración de terapia con medicamentos (MTM): Un programa de la Parte D de Medicare para necesidades de salud complejas proporcionado a personas que cumplen con ciertos requisitos o están en un programa de administración de medicamentos. Los servicios de MTM generalmente incluyen una conversación con un farmacéutico o proveedor de atención médica para revisar los medicamentos.

Póliza Medigap (seguro complementario de Medicare): El seguro complementario de Medicare vendido por una compañía de seguros privada 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.)

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 ha sido confirmada por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

Servicios para los Miembros: Un departamento dentro de nuestro plan responsable de responder sus preguntas sobre su membresía y sus beneficios, sus reclamos y sus apelaciones.

Farmacia de la red: Farmacia que tiene un contrato con nuestro plan por el que los miembros de nuestro plan pueden recibir los beneficios de medicamentos con receta. En la mayoría de los casos, los medicamentos con receta están cubiertos solo si se obtienen en una de nuestras farmacias de la red.

Proveedor de la red: Proveedor es el término general para referirnos a médicos, otros profesionales de la salud, hospitales y otros centros de atención médica que tienen licencia o certificación de Medicare y del 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**.

Período de inscripción abierta: El período de tiempo entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre de cada año en el que los miembros pueden cambiar de planes de medicamentos o de salud o elegir Original Medicare.

Determinación de la organización: Una decisión que toma nuestro plan sobre si los servicios o artículos están cubiertos o sobre cuánto le corresponde pagar a usted por servicios o artículos cubiertos. Las determinaciones de la organización se denominan decisiones de cobertura en este documento.

Producto biológico original: Un producto biológico que ha sido aprobado por la FDA y que funciona como la comparación para los fabricantes que hacen una versión biosimilar. También se denomina producto de referencia.

Original Medicare (Medicare tradicional o plan Medicare con pago por servicio): El plan Original Medicare lo ofrece el gobierno y no los 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 médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica los montos de pago establecidos por el Congreso. Usted puede consultar con cualquier médico, hospital o proveedor de atención médica que acepte Medicare. Usted debe pagar el deducible. Medicare paga lo que le corresponde de la cantidad aprobada por Medicare, y usted paga lo 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 en los Estados Unidos.

Farmacia fuera de la red: Una farmacia que no ha celebrado un contrato con el plan para coordinar o proporcionar los medicamentos cubiertos a los miembros del plan. La mayoría de los medicamentos que obtenga en las farmacias fuera de la red no están cubiertos por nuestro plan, a menos que se apliquen ciertas condiciones.

Proveedor fuera de la red o centro fuera de la red: Un proveedor o centro con el que no tiene un contrato con nuestro plan para coordinar ni ofrecer servicios cubiertos a los miembros de nuestro plan. Los proveedores fuera de la red son proveedores que no están empleados, ni son propiedad ni los opera nuestro plan.

Costos que paga de su bolsillo: Consulte la definición de costo compartido más arriba. El requisito de costo compartido de un miembro para pagar una parte de los servicios o medicamentos recibidos también se conoce como el requisito de costo que un miembro paga de su bolsillo.

Monto umbral que paga de su bolsillo: Es el monto máximo que paga de su bolsillo por los medicamentos de la Parte D.

Plan PACE: Un plan Programa de atención integral para las personas de edad avanzada (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) que combina servicios y apoyos médicos, sociales y de atención a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) para personas frágiles de manera que puedan conservar su independencia y continuar viviendo en sus comunidades (en lugar de mudarse a un hogar de ancianos) tanto tiempo como sea posible. Las personas inscritas en los planes PACE reciben los beneficios de Medicare y Medicaid mediante nuestro plan.

Parte C: Consulte el Plan Medicare Advantage (MA).

Parte D: Es el Programa voluntario de beneficios de medicamentos con receta de Medicare.

Medicamentos de la Parte D: Son los medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte D. Podemos ofrecer todos los medicamentos de la Parte D o no. Ciertas categorías de medicamentos han sido excluidas como medicamentos cubiertos por la Parte D por el Congreso. Cada plan debe cubrir ciertas categorías de medicamentos de la Parte D.

Multa por inscripción tardía de la Parte D: Un monto que se suma a su prima mensual del plan por la cobertura para medicamentos de Medicare si no tiene una cobertura acreditable (una cobertura que se espera que pague, en promedio, al menos, lo mismo que la cobertura de medicamentos con receta de Medicare estándar) durante un período continuo de 63 días o más después de ser elegible para inscribirse en un plan de la Parte D por primera vez.

Punto de servicio (Point-of-Service, POS): Significa que usted puede usar proveedores que están fuera de la red del plan por un costo adicional. (Consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 para obtener información sobre cómo usar la opción de punto de servicio.)

Plan de una Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, 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 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 se reciben los beneficios del plan de parte de proveedores fuera de la red. Los planes de PPO tienen un límite anual de los costos que paga de su bolsillo para los servicios recibidos de proveedores (preferidos) de la red y un límite más alto en los costos que paga de su bolsillo por servicios de proveedores tanto dentro de la red (preferidos) como fuera de la red (no preferidos).

Prima: El pago periódico a Medicare, a una empresa de seguros o a un plan de atención médica para una cobertura de salud o para medicamentos con receta.

Administrador de beneficios de medicamentos recetados: Una compañía que administra los beneficios de medicamentos recetados en nombre del plan, incluido el procesamiento y el pago de reclamaciones de medicamentos.

Servicios preventivos: Atención médica para prevenir o detectar enfermedades en una etapa temprana, cuando el tratamiento probablemente funcione mejor (por ejemplo, los servicios preventivos incluyen pruebas de Papanicolaou, vacunas contra la gripe y mamografías de detección).

Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP): El médico u otro proveedor a quien usted 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.

Autorización previa: Aprobación por adelantado para recibir servicios y/o determinados medicamentos según criterios específicos. En la Tabla de beneficios médicos del Capítulo 4, se indican los servicios cubiertos que necesitan autorización previa. Los medicamentos cubiertos que necesitan autorización previa están marcados en el Formulario y nuestros criterios están publicados en nuestro sitio web.

Dispositivos ortésicos y protésicos: 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 nutricional enteral y parenteral.

Organización para la mejora de la calidad (Quality Improvement Organization, **QIO)**: Un grupo de médicos 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 de Medicare.

Límites de cantidad: Una herramienta de gestión diseñada para limitar el uso de un medicamento por motivos de calidad, seguridad o utilización. Los límites también pueden ser en la cantidad de medicamento que cubrimos por receta o durante un período definido.

“Herramienta de beneficios en tiempo real”: Un portal o una aplicación informática en la que los inscritos pueden buscar información completa, correcta, oportuna, clínicamente apropiada, del Formulario y de beneficios específica para inscritos. Esto incluye los montos de costo compartido, los medicamentos alternativos del Formulario que se pueden utilizar para la misma afección que un medicamento dado, y las restricciones de cobertura (autorización previa, terapia escalonada, límites de cantidad) que se aplican a medicamentos alternativos.

Derivación: Una orden por escrito de su médico de atención primaria para que consulte a un especialista u obtenga ciertos servicios médicos. Sin una derivación, es posible que nuestro plan no pague los servicios de un especialista.

Servicios de rehabilitación: Estos servicios incluyen atención de rehabilitación de paciente hospitalizado, fisioterapia (paciente ambulatorio), terapia del habla y del lenguaje, y terapia ocupacional.

Medicamento seleccionado: Un medicamento cubierto por la Parte D para el cual Medicare negoció un precio justo máximo.

Área de servicio: Un área geográfica donde usted debe vivir para unirse a un plan de salud en particular. Para los planes que limitan qué médicos y hospitales puede utilizar, también es, generalmente, el área donde puede obtener servicios de rutina (no emergencias). Nuestro plan debe cancelar su inscripción si se muda fuera del área de servicio de nuestro plan de manera permanente.

Centro de atención de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF): Servicios de atención de enfermería especializada o rehabilitación especializada brindados todos los días en un centro de atención de enfermería especializada. Ejemplos de la atención incluyen fisioterapia o inyecciones intravenosas que solo pueden ser aplicadas por un enfermero matriculado o un médico.

Período de inscripción especial: Tiempo determinado para que los miembros puedan cambiar sus planes de salud y de medicamentos o volver a Original Medicare. Situaciones en las que usted puede ser elegible para un Período de Inscripción Especial son: si se muda del área de servicio, si está recibiendo “Ayuda adicional” con los costos de sus medicamentos con receta, si se muda a un hogar de ancianos, o si violamos nuestro contrato con usted.

Plan de necesidades especiales: Tipo especial de plan Medicare Advantage que proporciona una atención médica más específica para determinados grupos de personas, como aquellas que poseen Medicare y Medicaid, que viven en hogares de ancianos o que tienen ciertas afecciones médicas crónicas.

Terapia escalonada: Herramienta de utilización que exige que primero intente tratar su afección con otro medicamento antes de que cubramos el medicamento que le recetó el médico en primer lugar.

Ingreso complementario administrado por el Seguro Social (SSI): Es un beneficio mensual que paga el Seguro Social a las personas con ingresos y recursos limitados, y

que son discapacitadas, están ciegas o tienen 65 años o más. Los beneficios del SSI no son iguales que los beneficios del Seguro Social.

Servicios de urgencia: Un servicio cubierto por el plan que requiere atención médica inmediata, y que no es una emergencia, es un servicio de urgencia si usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio del plan o no es razonable, dado su tiempo, lugar y circunstancias obtener este servicio de parte de proveedores de la red. Ejemplos de servicios de urgencia son enfermedades y lesiones imprevistas, o brotes inesperados de afecciones existentes. Las consultas de rutina médicamente necesarias (como los chequeos anuales) no se consideran de urgencia, incluso si se encuentra fuera del área de servicio de nuestro plan o si la red de nuestro plan no está disponible temporalmente.

Servicios para los Miembros de Gold Heart & Diabetes Complete (HMO-POS C-SNP)

Método	Servicios para los Miembros – Información de contacto
Llamar	844-294-6535 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil. Servicios para los Miembros 844-294-6535 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) también cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Del 1 de octubre al 31 de marzo: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los 7 días de la semana (excepto el Día de Acción de Gracias y el Día de Navidad); del 1 de abril al 30 de septiembre: de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, de lunes a viernes (excepto los días festivos federales). Cuando nuestra oficina esté cerrada, puede dejar un mensaje grabado. Le devolveremos la llamada dentro de un día hábil.
Fax	(866) 547-1920
Escribir	Gold Kidney Health Plan Inc. P.O. Box 285 Portsmouth, NH 03802 GKMemberServices@goldkidney.com
Sitio web	www.goldkidney.com

Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) (SHIP de Florida)

El Sirviendo las Necesidades de Seguros Médicos de Personas Mayores (Serving Health Insurance Needs of Elders, SHINE) es un programa estatal que recibe fondos del gobierno federal con el propósito de brindar asesoramiento sobre seguros médicos, a nivel local y de forma gratuita, a las personas que tienen Medicare.

Método	Información de contacto
Llamar	1 800-963-5337

TTY	711
Escribir	SHINE Program Department of Elder Affairs 4040 Esplanade Way, Suite 270 Tallahassee, FL 32399-7000
Sitio web	www.floridashine.org

Declaración sobre divulgación de la PRA*. De acuerdo con la Ley de Reducción de Papel (PRA) de 1995, ninguna persona debe responder a una recopilación de información a menos que presente un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB).* El número de control válido de la OMB para esta recopilación de información es 0938-1051. Si tiene comentarios o sugerencias para mejorar este formulario, escríbanos a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Notice of Availability

English: ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-844-294-6535 (TTY: 711) or speak to your provider.

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-844-294-6535 (TTY: 711) o hable con su proveedor.

Navajo: SHOOH: Diné bee yániłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'ı' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjı' 1-844-294-6535 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'ı' hanidziih.

Haitian: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib yo disponib gratis tou. Rele nan 1-844-294-6535 (TTY: 711) oswa pale avèk founisè w la.

French: ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-844-294-6535 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.

Portuguese: ATENÇÃO: Se você fala português, serviços gratuitos de assistência linguística estão disponíveis para você. Auxílios e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-844-294-6535 (TTY: 711) ou fale com seu provedor.

Simplified 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 1-844-294-6535（文本电话：711）或咨询您的服务提供商。

Tagalog: PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-844-294-6535 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.

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 1-844-294-6535 (Người khuyết tật: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.

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 1-844-294-6535 (711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة.

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-844-294-6535 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.

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। 1-844-294-6535 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

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 1-844-294-6535 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

Italian: ATTENZIONE: se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente ausili e servizi ausiliari adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Chiama l'1-844-294-6535 (tty: 711) o parla con il tuo fornitore.

Gujarati: ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઑક્ઝિલરી સહાય અને ઍક્સેસિબલ ફૉર્મેટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-844-294-6535 (TTY: 711) પર કૉલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-844-294-6535(TTY: 711)번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.